EPS
ANN/11

ANNALES

Digitized by the Internet Archive
in 2019 with funding from
Wellcome Library

https://archive.org/details/s11id13208580

55350

ANNALES

DE

THÉRAPEUTIQUE

MÉDICALE ET CHIRURGICALE

ET

DE TOXICOLOGIE

PUBLIÉES PAR

M. le docteur ROGNETTA.

Ancien Rédacteur de la *Gazette Médicale* et de la *Gazette des Hôpitaux*, etc.

PARIS,

IMPRIMERIE DE LACOUR ET Cie,

RUE SAINT-HYACINTHE-SAINT-MICHEL, 33.

1844-45

WELLCOME
LIBRARY
INSTITUTE

Deuxième Année. Ce Journal paraît le 1er de chaque mois. N° 1. — Avril 1844.

ANNALES DE THÉRAPEUTIQUE

MÉDICALE ET CHIRURGICALE,

ET

DE TOXICOLOGIE

PUBLIÉES PAR

M. le DOCTEUR ROGNETTA,

Ancien Rédacteur de la *Gazette Médicale* et de la *Gazette des Hôpitaux*.

Cette publication a pour but d'approfondir l'étude des Médicamens, des Poisons, des Eaux minérales, et de faire connaître avec exactitude la pratique des hôpitaux de Paris.

L'abonnement est de
Pour Paris..... 10 fr.
Pour la Province 12
Pour l'Etranger. 14

ON S'ABONNE A PARIS,
Chez
LE RÉD. EN CHEF,
Rue des Petits-Augustins, 15 bis.

« Pour moi, je crois qu'un seul homme peut embrasser toutes les parties de l'art; et, puisqu'on les a divisées, je fais » surtout cas de celui qui réunit le plus de connaissances qui le concernent. »

(CELSE, liv. 7. c. 1.)

ETUDES SUR LES EAUX MINÉRALES.

« Les eaux minérales sont une richesse dont on doit compte à l'humanité.

» ALIBERT. »

DE L'ACTION DYNAMIQUE DES EAUX DITES SULFUREUSES.

Dans l'avant-dernier numéro, nous avons étudié la constitution physico-chimique des eaux réputées sulfureuses. M. V. Gerdy a exposé à son tour, dans un autre numéro, ses belles observations sur le soufre hydraté, qui rend lactescente l'eau naturelle des bains sulfureux, et sur les hyposulfites qu'on rencontre dans les mêmes eaux. Nous abordons aujourd'hui une question bien autrement ardue, celle de l'action dynamique de ces liquides. Pour les personnes qui acceptent la science telle qu'elle nous est transmise par les livres anciens et modernes, cette question n'en est pas une. Rien n'est plus clair en effet, aux yeux de beaucoup d'auteurs, que l'action thérapeutique intrinsèque des eaux sulfureuses. Ce sont, dit-on, des eaux stimulantes, excitantes, toniques et voilà tout; et c'est en excitant, en stimulant la peau et les autres organes malades que ces eaux guérissent! Cherchez la preuve de cette doctrine fondamentale; vous ne la trouverez nulle part, si ce n'est dans d'anciennes croyances vulgaires. On croyait que les eaux minérales excitaient, tonifiaient, parce qu'elles étaient chaudes, et que leurs principes constituans étaient durs, résistans comme les métaux! Les lumières de la chimie moderne ne pouvaient rien changer à ces hypothèses, et les observations cliniques de nos jours ont été plutôt dirigées à confirmer la doctrine qu'à contrôler son exactitude. Aussi est-ce à qui plus excite que les hydrologues ont visé pour exalter la bonté de telle ou telle eau sulfureuse! Cette question est, comme on le voit, fondamentale, car c'est de sa solution que dépendent les indications cliniques des eaux dont il s'agit. Il est clair que si l'action de ces eaux excite réellement, on ne doit jamais les prescrire dans les maladies à fond inflammatoire, ni les combiner à des remèdes rafraîchissans, sous peine d'affaiblir leur efficacité. Il y aurait par conséquent lieu de se demander comment on ose, d'après ces principes, prescrire les eaux sulfureuses contre les dermites chroniques, les tubercules pulmonaires, les bronchites de longue date, et une foule d'affections viscérales connues sous le nom vulgaire d'obstructions! Et si, dans ces occurrences, il est constant que ces eaux sont réellement utiles, dissipent la phlogose chronique et permettent aux organes de reprendre leurs fonctions, il faudrait en conclure ou que des maladies à fond inflammatoire peuvent être guéries au moyen de remèdes excitans (ce qui est contraire aux notions les mieux établies), ou que les eaux sulfureuses n'ont pas l'action qu'on leur attribue. Il y a donc lieu de reprendre par sa base l'étude de cette importante question; il s'agit de mettre les principes d'accord avec la pratique, et de rendre ainsi celle-ci plus sûre et plus efficace.

Ainsi que nous l'avons déjà fait observer, deux ordres d'élémens sont à considérer dans les eaux sulfureuses, l'élément gazeux ou acide (gaz sulfhydrique et acide carbonique), et l'élément salin (hydrosulfates, carbonates, sulfures, chlorures, etc.). Ces deux groupes de corps doivent être étudiés séparément, et d'ensemble, au point de vue dynamique; mais, avant tout, on doit fixer l'attention sur le soufre et ses composés, puisque c'est à ce principe qu'on se plaît communément à rapporter l'action thérapeutique des eaux en question. Comme corps simple, le soufre a obtenu les plus grands éloges de la part des pharmacologues; il n'est pas de vertu qu'on ne lui ait attribuée. C'est l'excitant, le toni-

que, le stimulant par excellence, d'après eux. Cela devait être, puisqu'il sert à former la poudre à canon ! MM. Mérat et Delens ont, pour ainsi dire, complété cette croyance générale, en alimentant de toute leur puissance ce feu dévorant qu'on croyait avoir découvert dans l'action du soufre. Il en est résulté, sous leur plume, un tableau des plus singuliers, puisque, à les en croire, ce médicament jouirait des propriétés les plus extraordinaires et les plus contradictoires à la fois. Citons textuellement :

« De tout temps, en quelque sorte, disent MM. Mérat et Delens, le soufre et ses divers composés (sulfures, hydrosulfates, etc.) ont été préconisés contre les maladies de la peau, la gale surtout, les affections chroniques des poumons, etc. Son action *sudorifique, tonique, stimulante, fondante, désobstruante* (Sœmmering), *expectorante, laxative* ; sa propriété d'agir comme *diffusible* sur les systèmes lymphatique et cutané, d'*augmenter les excrétions* des membranes muqueuses, de *produire l'expansion du sang* (Desbois de Rochefort), ont été reconnus par tous les observateurs. Quelques-uns pensent (M. Pelletan) qu'il n'agit sur l'économie qu'en raison d'une petite quantité d'acide hydrosulfurique, formée par sa réaction sur nos humeurs et nos organes; nous croirions plutôt, au contraire, que c'est au soufre lui-même que l'acide hydrosulfurique et les divers composés sulfureux doivent leur action médicinale... A petite dose (4 à 6 grains), il *stimule* les fonctions digestives, ou, du moins, n'en trouble point l'exercice régulier. A la dose de 18 grains à 1 gros et plus en une fois, il provoque, sans coliques, des évacuations alvines, ordinairement très-fétides, parfois des renvois nidoreux ; c'est un laxatif fort usité, chez les enfans surtout (une demi-cuillerée à café). Dans ce dernier cas, il n'agit que localement, en quelque sorte, et sur les premières voies. Donné, au contraire, par prises de 10 à 12 grains, à quelques heures d'intervalle, il est absorbé ; passe dans les secondes voies ; agit comme *stimulant diffusible* sur toute l'économie ; augmente la chaleur générale, la fréquence du pouls, la perspiration cutanée; s'exhale ensuite par les diverses surfaces muqueuses, dont les excrétions acquièrent souvent ainsi une odeur d'hydrogène sulfuré, noircissent les objets d'or et d'argent, colorent quelquefois en jaune le linge des malades, etc. Si on en prolonge l'usage, qu'on en élève trop la dose, ou que le sujet soit fort irritable, il se peut, comme nous l'avons dit plus haut, qu'il en résulte une *excitation générale*, de l'agitation, de l'insomnie, un état fébrile continu, des hémorrhagies, etc. ; aussi, dans le traitement des maladies cutanées, est-on parfois obligé d'en suspendre l'administration, pour calmer, par des bains, des adoucissans, cette irritation morbide. D'où il suit qu'il ne convient pas aux individus irritables, aux pléthoriques, aux hémoptoïques, etc. ; contre-indications communes à la plupart des sulfureux en général. Desbois de Rochefort les dit nuisibles aux femmes enceintes ; Gmelin, dans l'embarras gastique, etc. » 452 (Mat. méd., t. 6, p. 451).

Etonnant assemblage d'actions, sudorifique, tonique, stimulante, fondante, désobstruante, expectorante, laxative, secrétoire, expansive, etc. ! Jamais, peut-être, saint miraculeux n'a été exalté par une oraison, nous allions dire une capucinade plus puissante, et c'est sérieusement que deux auteurs graves se sont faits les échos de pareilles exagérations ! D'abord, s'il est vrai que le soufre est tonique, stimulant, il ne peut être en même temps fondant, désobstruant ; et encore moins expectorant, laxatif, secrétoire ou sudorifique ; car ce qui excite ou stimule produit une tension dans la fibre animale, dans les tissus, et par conséquent augmente l'engorgement, la congestion, l'inflammation, l'obstruction. Loin de provoquer des secrétions, ce qui excite ou stimule occasionne au contraire le resserrement des pores des vaisseaux et des glandes, et par là aussi la constipation, la sécheresse à la peau. En conséquence, ou les qualités ci-dessus attribuées au soufre sont vraies, et dans ce cas ce corps n'est ni tonique ni stimulant, ou bien on maintient cette dernière caractérisation, et alors il faut renoncer aux lois thérapeutiques et physiologiques les mieux établies ; ou bien encore faire du soufre un remède exceptionnel ; mais dans ce cas il faudrait d'abord prouver autrement que par une simple assertion la prétendue action stimulante de ce médicament. Ensuite, qu'est-ce que cette distinction d'absorption et non absorption selon la dose ? Parce qu'à la dose élevée il purge, le soufre ne serait pas absorbé dans ce cas ? Et il le serait au contraire quand il est donné par petites doses répétées ? Y a-t-il-rien de plus singulier, pour ne rien dire de plus, que ce raisonnement ? On suppose que la purgation n'est que l'effet d'un acte mécanique, d'une titillation pure et simple des molécules du médicament sur la muqueuse. C'est là une grave erreur que nous croyons avoir suffisamment démontrée. (Ann. de thérap., t. I, p. 11, 126.) Un fait général parfaitement établi, c'est qu'à moins qu'il ne soit rejeté immédiatement par le vomissement, tout médicament est absorbé plus ou moins, d'abord par l'estomac, successivement dans les intestins. La quantité absorbée est, toutes choses égales d'ailleurs, en raison de la dose. La purgation provoquée est le résultat d'une série d'actes vitaux ou dynamiques, dans laquelle prennent part plusieurs organes attenant à l'appareil digestif ; il s'opère en effet pour cela une secrétion abondante de mucus, de serum, de bile, etc., dont l'accumulation provoque les contractions expulsives. Cette secrétion est un phénomène dynamique consécutif à l'absorption ; il faut d'abord que le remède ait hyposthénisé les vaisseaux et les glandes entériques, pour que leurs pores se relâchent et s'ouvrent ; aussi faut-il un certain temps pour que le remède opère, et tous les corps ne sauraient produire le même phénomène. On sait, en effet, que plusieurs médicamens, plusieurs huiles entre autres, frictionnés sur la peau, ou appliqués sur une plaie ou sur un cautère, purgent tout aussi bien que s'ils étaient introduits dans l'estomac, et qu'on a beau introduire dans l'estomac des corps insolubles, tels que le verre pilé ou des balles de plomb, on ne parvient pas à déterminer des gardes-robes ; le corps se constipe, au contraire, par ces derniers moyens. Nous avons dernièrement fait une série d'expériences avec des emplâtres chargées d'une solution d'aloès et de gomme gutte, que nous appliquions le soir sur le ventre, et un cataplasme

par dessus; constamment nous avons obtenu des purgations. Or, si la purgation était le résultat d'une titillation mécanique, les choses se passeraient autrement. Cette doctrine a dernièrement excité la susceptibilité de M. Forget, professeur à Strasbourg; ce savant s'est empressé de nous combattre par des phrases acrimonieuses dans la *Gazette des Hôpitaux*; il aurait mieux fait d'y réfléchir, et de nous comprendre d'abord.

On voit, par conséquent, que c'est par pure hypothèse, ou plutôt par un raisonnement inexact, que MM. Mérat et Delens ont posé en fait qu'à dose élevée le soufre n'était pas absorbé, tandis qui l'était, au contraire, quand on le donnait par petites doses répétées. C'est aussi par inadvertance qu'ils ont ajouté que, dans ce dernier cas, le soufre agissait comme un stimulant diffusible. Nous avons dans ces derniers temps expérimenté le soufre en substance sur plusieurs malades, et nous pouvons affirmer que ces auteurs se sont trompés. Loin d'exciter effectivement, ce remède produit tous les effets de l'hyposthénie franche; le pouls baisse, les pores de la peau et des muqueuses s'ouvrent; il y a des sueurs et des gardes-robes, et aussi une secrétion bronchique qui s'énonce par une expectoration facile. Si vous croyez que ce sont là des phénomènes de stimulation, nous vous prions de vous en assurer par une contre-épreuve, en substituant au soufre un remède réellement stimulant, par exemple, un verre de rhum, d'eau-de-vie ou de tout autre alcoolique. On verra alors des symptômes de nature opposée se déclarer; tandis que, d'un autre côté, l'on voit tous les jours les mêmes phénomènes de secrétion être produits par la saignée, par le tartre stibié, par le nitrate de potasse, et par une foule d'autres moyens dont la vertu hyposthénisante n'est plus contestée aujourd'hui. Comment attribuer d'ailleurs la propriété stimulante à une substance qui guérit les phlogoses cutanées, les bronchites chroniques, les inflammations sourdes des viscères abdominaux, les rhumatismes opiniâtres, les contractures musculaires, la dyssenterie, et qui améliore l'état des phthisiques en combattant l'élément phlogistique, etc.? Et qu'on ne vienne pas nous dire que le soufre est plutôt nuisible dans les dermites aiguës, dans l'hémoptysie, et en général chez les sujets pléthoriques, car nous nions le fait d'après notre propre observation, et nous ajouterons que les faits sur lesquels on a basé cette opinion prouvent seulement que, dans ces occurrences, le remède est au-dessous de la force du mal, et qu'il faut, pour l'employer avec avantage, le faire précéder de la saignée et d'autres remèdes antiphlogistiques énergiques. Disons enfin, comme une confirmation de ce qui précède, que chez les animaux qu'on tue par des doses répétées de soufre, on ne trouve à l'autopsie aucun signe d'inflammation; leurs organes sont blancs, exsangues et leur cœur mou, comme chez ceux qu'on fait mourir d'hémorrhagie. Une femme ayant pris une quantité énorme de soufre dans du vin blanc, pour se guérir d'une gale, est morte empoisonnée; Morgagni, qui fit l'autopsie, trouva les mêmes conditions organiques que chez les animaux dont nous venons de parler. (Des causes et du siége des mal., Ep. 55, n° 9.)

Il suit de ces remarques, que nous pourrions, au besoin, développer davantage, par des faits de plusieurs ordres, que l'action dynamique générale du soufre n'est qu'une, l'hyposthénisation, et que l'action élective n'est également qu'une, de même espèce, et porte particulièrement sur le système capillaire périphérique (derme externe et derme réfléchi ou muqueux). Il suit pareillement que les vertus si nombreuses dont nous venons de parler ne sont, au fond, que des phénomènes secondaires d'une seule et même propriété, l'hyposthénisation, laquelle développe des effets différens en apparence, selon la dose du médicament et les conditions particulières de l'organisme. Ne voyons-nous pas également le tartre stibié, à très-faible dose, agir comme diaphorétique et expectorant; à dose plus élevée, donner des gardes-robes; à dose plus élevée encore, déterminer des phénomènes d'hyposthénie générale franche? Dira-t-on, pour cela, qu'il s'agit d'autant de propriétés différentes, ou que le remède est absorbé à une dose et pas absorbé à une autre, ou bien encore qu'il excite ou stimule les organes? Il ne faut pas oublier, au reste, que le soufre n'étant pas soluble offre à la digestion des difficultés plus ou moins grandes. On ne sait si c'est en s'évaporant par l'action de la chaleur, ou en se dissolvant que son absorption s'opère. Il exerce, en conséquence, une certaine action mécanique, irritante, lorsqu'il est administré à doses continues et élevées; de là ce sentiment de chaleur et de pesanteur que les malades accusent à l'estomac, et quelquefois aussi une certaine accélération momentanée dans le pouls, ce qui a fait croire à la prétendue action excitante du médicament. Voilà pour l'un des élémens des eaux sulfureuses auquel on attache le plus d'importance. Voyons ses composés.

Le gaz sulfhydrique, au point de vue thérapeutique, peut être considéré soit comme corps acide simple, soit comme corps composé, et d'après les notions acquises sur l'action de ses élémens. Comme corps acide, son action dynamique générale ne saurait différer essentiellement de celle des autres acides, soit liquides, soit gazeux, soit minéraux, soit végétaux, soit oxacides, soit hydracides. C'est un excellent hyposténisant d'autant plus énergique, que sa forme gazeuse le rend très-pénétrant. Aussi détermine-t-il des accidens toxiques formidables pour peu qu'on excède dans son usage par la voie bronchique, par la voie rectale, ou même par la peau. Nous ne sachons pas cependant qu'à l'état de solution dans l'eau, ce gaz ait jamais produit d'accidens par la voie gastrique. Les symptômes qu'il détermine sont exactement ceux de l'hyposthénie exquise, à l'instar des acides forts ou de l'acide carbonique; seulement son action élective portant sur la peau, ou plutôt sur les capillaires périphériques, il en résulte quelques différences, faciles à prévoir, quant aux phénomènes apparens. Ainsi le gaz sulfhydrique dans l'eau a une action rafraîchissante comme le gaz acide carbonique des eaux dites gazeuses, soit qu'on l'ingère dans l'estomac, qu'on le prenne en lavement, en bain, ou qu'on le respire. C'est à cette action qu'on doit la douceur, la souplesse de la peau après les bains de cette nature;

elle hyposthénise, en effet, affaisse les vaisseaux, les glandes du derme et son tissu cellulaire, et dispose les parties phlogosées à la résolution. Le calorique de l'eau y exerce sans doute une action stimulante, nuisible à la maladie ; mais cette action n'est que momentanée, elle est bientôt neutralisée et surpassée par l'effet hyposthénique qui succède à l'absorption. On comprend pourquoi il importe beaucoup que ces sortes de bains ne soient jamais trop chauds. Nous reviendrons, au reste, sur ce point. Comme corps composé, le gaz sulfhydrique s'offre dans les conditions du soufre volatilisé (acide sulfureux), ou même du soufre porphyrisé si l'on veut ; car, dans sa composition, il ne reçoit que très-peu d'hydrogène; il résulte, en effet, de 100 de soufre et 6,13 d'hydrogène en poids ; aussi est-il un peu plus pesant que l'air. Il se produit, au reste, avec une très-grande facilité dans le sein de la terre, partout où une eau acidule rencontre un sulfure métallique, et l'on sait que les sulfures de fer, de sodium, de calcium, se rencontrent à chaque pas. La base du sulfure s'oxide aux dépens de l'eau et de la décomposition réciproque des deux corps, il se dégage du soufre et de l'hydrogène qui se combinent à l'état naissant. C'est aussi le procédé qu'on suit dans les laboratoires pour obtenir le gaz en question. (Berzelius, Chimie, t. 2.) Nous avons déjà fait remarquer d'ailleurs qu'il se laisse aisément absorber par l'eau, et qu'il est liquéfiable à une haute pression jointe à une basse température. L'eau qui le contient acquiert évidemment ses propriétés, mais là il se combine aisément aux bases salifiables, et s'offre souvent sous forme d'hydrosulfate, dont nous devons parler plus bas. A l'état libre, il se dissout dans le tiers de son volume d'eau. S'il s'y trouve en union du gaz carbonique, ainsi qu'on le rencontre, en effet, dans plusieurs eaux, son action n'en est nullement changée, ce dernier gaz jouissant de propriétés dynamiques analogues. (Ann. de thér., t. 1, p. 113.)

Un auteur, dont nous avons dû souvent combattre les opinions, a écrit ce qui suit à propos de ces eaux : « A trois fois le volume de l'eau, le gaz hydrogène sulfuré provoque des vomissemens. Pour corriger cet inconvénient, on est obligé, dans la fabrication des eaux sulfureuses artificielles, de combiner le gaz hydrogène sulfuré au gaz acide carbonique, comme la nature l'indique dans les eaux de Naples. (Chenu.) » On croirait d'après cela que l'acide corrige, modère l'action du premier gaz. Il n'en est rien, et l'on comprend aisément une pareille erreur en réfléchissant à ce que nous venons de dire. Il est clair que si l'eau est mieux tolérée après cette combinaison, cela tient à ce qu'on met alors moins de gaz sulfhydrique et que celui-ci est remplacé par un autre dont l'action dynamique est faible comparativement. Il en serait autrement si, au lieu d'acide carbonique, on ajoutait de l'oxigène, dont l'action est réellement excitante et capable de neutraliser plus ou moins celle des gaz précédens. On en rencontre, il est vrai, dans les eaux sulfureuses; mais la quantité en est trop faible pour lutter avec celle du gaz minéralisateur principal. Un peu plus loin, M. Chenu ajoute : « Le gaz hydrogène sulfuré qu'on rencontre dans les eaux de ce genre a une action toute directe sur l'estomac, et une action secondaire sur le système nerveux et circulatoire; ainsi, après avoir *excité* la muqueuse digestive, il agit comme un *antispasmodique puissant*, en même temps qu'on observe qu'il ralentit la circulation et dispose au sommeil. » Que de sentences étonnantes en si peu de mots! Puisqu'il *ralentit la circulation*, comment peut-il exciter? Et s'il ralentit la circulation (ce qui indique une action hyposthénisante vasculaire), n'est-il pas évident que la vertu antispasmodique n'est qu'un effet secondaire de cette même action? Nous avons à peine besoin de dire maintenant que, comme pour le soufre, les auteurs n'ont vu dans ce gaz que des propriétés excitantes qu'il communique à l'eau, et c'est à cette prétendue communication qu'ils attribuent les merveilles thérapeutiques des eaux sulfureuses. Ecoutons M. Anglade : « Elles semblent (les eaux sulfureuses) éveiller dans l'économie une sorte de fièvre qui secoue légèrement le système vivant, ranime le jeu des organes engourdis, les tire de leur torpeur, rétablit l'activité des secrétions, ramène les vibrations vitales dans les parties frappées de faiblesse ou d'inertie, ravive les mouvemens toniques, et prépare ainsi le retour de la santé, soit en provoquant des efforts critiques, comme l'entendait Bordeu, soit en déplaçant des irritations ou corrigeant la distribution vicieuse des oscillations fluxionnaires, élémens si communs de nos maladies. » Nous venons de voir cependant dans l'étude du soufre que ces phénomènes, que la prévention et l'amour du merveilleux élèvent si haut, se résolvaient tout simplement dans la double action hyposthénisante, générale et élective.

Au surplus, il ne faut pas oublier que dans les artères souterraines le gaz est soumis à d'énormes pressions, et qu'il a, par cela même, et par l'effet de la chaleur, une grande tendance à s'échapper du liquide au sortir de la source ; il s'en échappe, en effet, en partie, et en partie aussi il se décompose au contact de l'air. Son expansibilité est telle qu'il suffit de trois centimètres cubes de ce gaz pour infecter, d'une manière désagréable, l'atmosphère d'une grande chambre. Il ne faut pas croire, par conséquent, que dans cette odeur infecte d'œufs pourris qu'on ressent dans les cabinets des bains de ce genre, l'on ingère par les poumons une quantité très-considérable de gaz; voilà pourquoi on n'observe pas d'accidens toxiques ordinairement dans ces occurrences ; mais on prévoit que cela a une limite, que le médecin doit savoir saisir, car il est des localités où le gaz se développe de la terre en grande quantité et à l'état sec ; il ne se décompose pas alors au contact de l'air. Il est une source, en Amérique, qui laisse échapper une si grande quantité de ce gaz, qu'on peut l'enflammer avec une chandelle dans une étendue assez considérable; on l'appelle : *Burning spring*. (Voyez Niagara Fables, pag. 46.) On en profite dans plusieurs thermes pour donner, avec des précautions convenables, des douches gazeuses ou des bains locaux de gaz sulfhydrique, ce qui est d'un secours immense; mais cela exige une grande surveillance. « L'air

d'un appartement peut être chargé d'une assez grande quantité de gaz pour avoir une odeur extrêmement désagréable, sans être pour cela nuisible à ceux qui le respirent. Mais si le gaz est plus abondant, il détermine dans la trachée-artère et les poumons une inflammation difficile à guérir ; et quand on le respire en plus grande proportion encore, il cause la mort sur-le-champ. Thénard rapporte que des oiseaux périssent dans de l'air qui n'en contient pas plus de un 1/5000 de son volume, et qu'un chien perd la vie dans un air qui en contient 1/8 pour cent. » (Berzelius, *L. c.*)

Nous devrions à présent parler des vapeurs de soufre (gaz acide sulfureux), mais cela nous entraînerait trop loin. Faisons seulement remarquer que dans certaines localités comme celle d'Amérique, dont nous venons de parler, on rencontre ces vapeurs à la suite de la combustion du gaz sulfhydrique. Ce gaz brûle, comme on sait, avec une flamme bleue, et donne naissance à de l'eau et à une grande quantité de gaz acide sulfureux. C'est encore là un hyposthénisant puissant et qui déterminerait aisément des accidens graves, si l'on n'y prenait garde. On produit artificiellement ce gaz en thérapeutique en faisant brûler du soufre dans un appareil convenable, et l'on n'y expose les malades qu'avec précaution. « J'ai été moi-même, dit M. Giacomini, témoin, à la clinique interne, en 1818, d'un cas de mort sous l'influence du soufre. Il s'agit d'un individu paralytique par abus de mercure. C'était le premier qu'on soumettait aux fumigations sulfureuses à l'aide de la machine de Galès, modifiée par de Carro. Une apparente amélioration a fait répéter, avec plus d'intensité, les fumigations sulfureuses, lorsque tout à coup le malade tomba en défaillance, le pouls devint misérable. Peu d'heures après, le scrotum tomba en gangrène, ainsi que les membres inférieurs, et la mort s'en suivit en quelques minutes. »

Viennent maintenant les hydrosulfates et les autres élémens fixes des eaux sulfureuses. Nous n'avons à mentionner que les hydrosulfates alcalins et terreux, les seuls solubles et qui se rencontrent dans ces eaux. Que le gaz sulfhydrique soit combiné à la soude, à la potasse, à la magnésie, à la chaux ou à tout autre principe, il est facile de prévoir qu'ici les choses ne peuvent se passer autrement que dans toutes les autres combinaisons salines. Il en résulte un corps dont l'action dynamique doit inévitablement être la résultante de celle de ses élémens. Ainsi, par exemple, prenons l'hydrosulfate de soude, le plus important et le plus commun des sels que présentent les eaux sulfureuses des Pyrénées. Ce sel résulte d'un atôme d'acide et d'un atôme de base. Son action dynamique, par conséquent, sera de même nature que celle de l'acide pur, mais un peu moins prononcée que ce dernier, par la raison que l'action de la soude est bien hyposthénisante, ainsi que nous l'avons vu ailleurs (t. 1, p. 173) ; mais moins énergique relativement que le gaz. Une autre conséquence qui découle de ces remarqes, c'est que le produit dont il s'agit exercera, indépendamment de son action générale, une double action élective ; une à la peau, due au soufre, l'autre sur les intestins, due à la soude ; de là des gardes-robes et des sueurs à la fois, si la dose est assez élevée. Il est des eaux, comme celle d'Enghien, par exemple, qui ne doivent en grande partie leur qualité sulfureuse qu'aux hydrosulfates de chaux et de magnésie, sels beaucoup moins énergiques que le précédent, et c'est ce qui place les eaux des Pyrénées bien au-dessus de celles d'Enghien au point de vue thérapeutique. Il est d'autres raisons encore qui donnent aux eaux pyrénéennes une grande supériorité sur celles de quelques autres localités. Ces considérations s'appliquent, avec quelques modifications, aux hyposulfites. Ce dernier sujet ayant été étudié, avec de grands développemens et à des points de vue différens, par deux savans distingués, MM. Dupasquier et Gerdy, nous nous abstenons de le reprendre en sous-œuvre, et nous renvoyons le lecteur aux articles respectifs (t. 1, p. 353 à 433). Ajoutons seulement le passage suivant, de MM. Mérat et Delens, sur l'hyposulfite de soude, comme confirmatif de l'action hyposthénisante dermique et viscérale que nous avons attribuée à tous les composés salins de soufre, et dont on peut faire, dans la pratique, des applications bien autrement étendues qu'on ne l'a fait jusqu'à ce jour. « Chaussier, à qui on doit la découverte, disent les deux auteurs, l'a recommandé comme sudorifique à la dose de 2 scrupules à 1 gros, en pilules ou en solution, contre les exanthèmes et les accidens produits par leur repercussion, les engorgemens lents des viscères ; et, dissous dans de l'eau, pour remplacer les eaux minérales sulfureuses, et aussi dans le traitement des syphilis constitutionnelles. »

Pour compléter cette étude de détails, il nous resterait à traiter de l'action des autres sels qui se rencontrent dans les eaux sulfureuses, et qui sont les mêmes que ceux d'autres eaux minérales. Cette question a déjà été traitée en partie dans le courant de l'année dernière ; elle se représentera plus directement encore par la suite. Dans le prochain numéro, nous étudierons d'ensemble, et exclusivement au point de vue clinique, l'action dynamique des eaux sulfureuses.

EAUX MINÉRALES DE MANILLE,

Par M. le docteur Liautaud, chirurgien de la marine, ex-chirurgien-major de la *Danaïde*.

Il n'est peut-être pas une contrée du globe qui pût nous fournir plus de documens intéressans relativement aux phénomènes de la volcanisation et à la formation des eaux minérales qui s'y rattachent, que le grand archipel oriental, et plus spécialement celui des îles Philippines, qui en est une dépendance. Les innombrables îles et îlots qui forment cet archipel et celui des Moluques, les milliers d'écueils qui hérissent toute la partie orientale de la Méditerranée chinoise et la rendent si périlleuse pour les navigateurs, ne sont autre chose, pour la plupart, que d'anciens cônes volcaniques dont les uns sont submergés, tandis que les autres s'élèvent à des hauteurs considérables au-dessus du niveau de

la mer. L'île de Luçon est certainement celle qui nous offre le plus d'intérêt, considérée sous ce point de vue : toute sa partie méridionale, travaillée encore en ce moment-ci par des tremblemens de terre fréquens et des incendies volcaniques, présente à chaque pas, pour ainsi dire, des bouches ignivomes parfaitement distinctes, dont quelques-unes, telles que les volcans de *Taal* et de *Mayom*, sont encore en activité. Dans la seule province de *Laxabas*, sur une étendue de quelques lieues carrées, j'ai pu compter plus de 17 cratères bien distincts transformés en petites lagunes circulaires sans communications apparentes avec la mer.

Les sources minérales chaudes et froides abondent autour de ces anciens cratères ; les plus connues sont celles qui avoisinent le petit village de *Bagnos* (Banos), situé dans la province de Laguna, à une dizaine de lieues au nord du volcan de *Taal*, à quinze ou vingt lieues dans le S. E. de Manille. Je les ai visitées au mois de juin 1841, pendant le séjour prolongé que la corvette la *Danaïde* a fait dans la baie de Manille à cette époque, et voici le résultat de mes observations et des renseignemens que j'ai pu me procurer sur les lieux mêmes.

Le village de Bagnos, situé dans une position ravissante, au fond d'un petit golfe que forme le lac ou lagune de *Bay*, s'élève en amphithéâtre sur un terrain en pente adossé du côté du sud à une petite colline trachytique. La position du sol peu étendue, comprise entre la colline et le bord du lac, dans laquelle sont situées les sources, doit évidemment sa formation à un dépôt fluvial ou lacustre récent, comme le prouvent les empreintes de végétaux encore vivans que l'on remarque sur les surfaces de juxtaposition des couches argileuses qui la composent aux alentours des sources. Ces couches argileuses sont recouvertes d'une croûte de marnes calcaires dont l'épaisseur varie d'un pied à un pied et demi, elles sont supportées elles-mêmes par un mélange de pouzollane et de cendres volcaniques formant tuf dans quelques endroits, et recouvrant immédiatement les roches trachytiques.

Les sources minérales, au nombre de quatre, sourdent à travers les couches argileuses et les incrustations calcaires à une très-petite distance (quatre ou cinq pieds) du bord de la lagune. C'est sans doute à cette circonstance qu'il faut attribuer l'assertion au moins singulière d'un naturaliste célèbre, Sonnerat, lequel, d'après des renseignemens inexacts, avait annoncé que des poissons vivaient dans les eaux d'une des sources de Bagnos, dont la température est égale à celle de l'eau bouillante. Je n'ai vu ni poisson, ni la moindre trace d'un être organisé quelconque dans les eaux de cette source, tandis que celles du lac voisin, à la température ordinaire, en contiennent une grande quantité, et sont couvertes de nombreuses espèces de plantes aquatiques (pistia stratiot., conferv., etc.) (1).

Les Espagnols de Manille connaissent, depuis longtemps, les propriétés médicinales des eaux de Banos. Depuis un siècle environ, l'administration coloniale y a fait construire un petit établissement sanitaire, où elle envoie les soldats atteints de maladies chroniques de la peau, si communes dans le pays. Il y a loin, il faut l'avouer, sous le rapport du *comfort*, de cet établissement primitif, relégué dans un coin de l'Océanie, aux splendides établissemens d'eaux thermales de notre Europe. L'eau des sources de Banos s'épanche dans des bassins rustiques de quelques pieds carrés d'étendue, et les baigneurs sont à peine protégés contre les brûlantes atteintes du soleil intertropical, par un humble toit de feuilles de *nipah* (espèce de palmier indigène) ; un long bâtiment, bas et étroit, espèce de hangar à demi miné, sert de logement aux malades. Enfin, un médecin et un chirurgien, chargés de l'administration et de la surveillance des eaux, sont casernés dans une petite maison semblable à celles du pays, située à une portée de fusil de l'établissement. Je dois à l'obligeance du médecin, le docteur Marquez, la plupart des renseignemens qui suivent sur la température et sur les principes minéralisateurs des sources.

La température des sources de Banos offre cela de particulier, qu'elle varie non-seulement suivant les différentes heures de la journée auxquelles on les observe ; mais encore suivant l'état de la pression atmosphérique. Celle de ces sources qui est la plus médicinale, et qu'on désigne sous le nom de Bain de Lara (Bano de Lara), présente, au lever du soleil, une température de + 17° 50' Réaumur. A midi, le thermomètre plongeur marque + 18° R.; enfin, le soir, une heure environ après le coucher du soleil, + 19° R. On a remarqué que, par un temps couvert et à l'approche des orages si fréquens au commencement de la mousson de S. O., époque de l'hivernage à Manille, la température s'élevait jusqu'à + 20° et même + 21° R. Ce phénomène n'est point, d'ailleurs, particulier à l'eau des sources minérales : car j'ai constaté moi-même, pendant un violent orage dans les eaux douces de la lagune de Bay, une élévation presque subite de près de 2° centigrades. Au nord de la source de Lara est le bain de *Vizmanos*, dont la température moyenne est de 5° environ plus élevée, et présente les mêmes variations que celle de la source de Lara. J'ai constaté que le thermomètre plongé dans ces eaux à 1 heure P. M. montait à + 27° R. Le bain d'*Aguilar*, qui vient après, offre une température bien plus élevée : elle est, à 8 heures du matin, de + 40° R. et atteint jusqu'à + 42° le soir. Enfin, la quatrième source, désignée sous le nom de Bains de vapeurs (Bano di vapora), est constamment à la température de l'eau bouillante. Un œuf de canard plongé dans ces eaux s'est trouvé cuit en moins de 3 minutes. Les gens du pays utilisent la haute température de cette source pour les usages domestiques. Ils y ont souvent recours pour chauffer

(1) *N. du R.* Ce fait de la présence de poissons vivans dans des sources presque bouillantes avait été admis par Alibert, et nous l'avions répété nous-mêmes d'après cet auteur. Ce qui le rendait possible à nos yeux, c'était l'analogie que nous offraient certains reptiles (couleuvres) qu'on rencontre si souvent aux Pyrénées dans les baignoires d'eau sulfureuse très-chaude. A Barége, par exemple, ce phénomène est des plus ordinaires. Au reste, nous avons cité des expériences qui prouvent que, dans l'eau chaude, les poissons meurent apoplectiques comme l'homme et les animaux exposés à une chaleur trop élevée. (V. Ann. de Thérap., t. 1, p. 74.) Nous remercions, au surplus, M. Liautaud d'avoir, par son observation, effacé une pareille erreur de nos ouvrages.

et préparer leurs alimens, et n'emploient pas d'autre eau pour peler les animaux (volailles et cochons) dont ils se nourrissent; l'expérience en a été faite sous mes yeux.

Relativement à leurs principes minéralisateurs, les eaux de Banos appartiennent à la classe des eaux minérales dites *sulfureuses*, à en juger du moins par l'odeur infecte qu'elles dégagent, et leur saveur désagréable d'œufs pourris. *Odeur* et saveur *hépatiques*. D'après le docteur Marquez, les eaux de la première source (Bano di Lara) contiennent du sulfate et de l'hydrochlorate de magnésie en abondance, et du carbonate de soude et de chaux. Celles de la seconde (Bano di Vizmanos) contiennent les mêmes sels, plus un principe sulfureux alcalin combiné avec une substance savonneuse insoluble dans les acides. La troisième (Bano d'Aguilar) contient de la soude libre (1) et du muriate de soude et quelques traces de fer. Enfin, la dernière dégage en abondance de l'hydrogène sulfuré et contient du sulfure de soude et une substance bitumineuse combinée à différens sels qui n'ont pu être encore bien analysés.

Je me borne ici à un simple aperçu de la composition chimique des eaux de Banos. On doit sentir que, pour résoudre une question aussi délicate d'analyse chimique, qui embarrasse parfois, en Europe, nos plus habiles pharmacologues, il faudrait des connaissances bien étendues et bien plus positives, qu'on ne peut raisonnablement s'attendre à en rencontrer dans un pays si éloigné des centres de la civilisation. Quoi qu'il en soit, ces eaux jouissent dans le pays d'une haute réputation curative, qui me paraît justifiée par certains cas pathologiques que le docteur Marquez a mis sous mes yeux. Parmi les plus remarquables, je citerai deux soldats métis, appartenant au corps des grenadiers de Luçon, tous deux porteurs d'énormes tubercules syphilitiques déjà en voie de guérison après un traitement de quinze jours. C'est surtout contre les affections chroniques de la peau, si communes aux Philippines, que ces eaux sont le plus efficaces. Sur environ trente individus soumis à l'influence de ces eaux, lors de ma visite à Banos, plus des deux tiers étaient atteints de dartres invétérées, entretenues par la malpropreté, le mauvais régime (poisson salé, lard, viandes fumées, tapa) et la chaleur athmospérique. Le docteur Marquez m'assura qu'elles ne devaient pas résister à un traitement de plus de trois mois. Tout porte à croire, bien qu'aucune expérience n'ait encore été faite à ce sujet, que l'action prolongée de ces eaux pourrait tout aussi bien guérir les affections éléphantiaques que l'on rencontre en assez grand nombre à Manille. Dans les classes les plus misérables de la population, indépendamment des causes constitutionnelles particulières à la lèpre (hérédité, constitution scrofuleuse, etc.), cette maladie se développe sous l'influence des mêmes circonstances hygiéniques que les autres affections chroniques de la peau. Elle doit donc céder à l'action thérapeutique des mêmes agens médicamenteux, comme le démontrent d'ailleurs les expériences des médecins anglais à Calcutta, notamment celles entreprises récemment à l'hôpital général, dont il sera question dans une autre circonstance. Avant de quitter Manille, j'avais tout disposé pour expérimenter l'action des eaux minérales de Banos chez un jeune garçon de Cavite, atteint d'une affection éléphantiasique bien caractérisée. J'ignore encore quels résultats le traitement que j'avais recommandé aura produit. Le rhumatisme musculaire et articulaire, la syphilis constitutionnelle, enfin la phthisie elle-même, trouvent, dans l'usage interne et externe des eaux de Banos, un remède prompt et souverain. Il ne m'a pas été donné de vérifier les assertions des médecins espagnols de Manille touchant ces différentes maladies.

M. le docteur Marquez administre les eaux des trois premières sources tout à la fois intérieurement et extérieurement, à doses progressivement croissantes, jusqu'à ce que la *poussée* soit manifestée. Les malades prennent des bains entiers et des demi-bains; mais comme il n'existe à Banos aucun appareil à douches, ils sont obligés de se passer de ce mode puissant d'administration plutôt que de recourir à l'assistance maladroite des Indiens. Le docteur Marquez y supplée d'ailleurs avantageusement, en faisant exposer les parties du corps souffrantes dans des appareils fumigatoires à l'influence des vapeurs chaudes qui se dégagent en abondance de la quatrième source. C'est, m'a-t-il assuré, le moyen le plus prompt et le plus efficace pour guérir sans rechute les douleurs rhumatismales les plus invétérées.

Indépendamment des sources thermales que je viens d'indiquer, il existe encore, à un quart de mille environ du village de Banos, un petit ruisseau, le Rio-Dampalit, qui vient se décharger dans la lagune de Bay, dont les eaux présentent une température moyenne de + 20° R., également variable, suivant l'état de la pression et de la température atmosphérique. Ces eaux contiennent une assez grande quantité de principes ferrugineux et sulfurés. Enfin, dans la même province de la Lagune, a environ vingt milles au N.-E. de Banos, est un autre établissement d'eaux thermales sulfureuses près de la ville de Pagsanghan, capitale de la province, que je n'ai pu visiter faute de temps. Il se compose de cinq sources disséminées à peu de distance les unes des autres, et présentant aussi divers degrés de température.

(1) Ce fait meriterait confirmation; car il est en opposition avec les idées reçues en hydrologie. (*N. du R.*)

DOCUMENS HYDROLOGIQUES.

Eau de la Seine.—« Dans le nombre des reproches faits à l'eau de la Seine, un des plus graves, sans doute, et des plus connus, c'est qu'elle donne la diarrhée aux personnes qui en font usage dans le commencement de leur séjour à Paris... Sans vouloir m'arrêter à examiner si ce reproche a quelque fondement, je dirai avec M. Macquart, auteur du *Manuel sur les propriétés de l'eau*, ouvrage estimé, que ce dérangement dans l'économie animale est commun à presque tous les gens de province qui, habitués chez eux à

boire plus de vin que d'eau, boivent à Paris plus d'eau que de vin... D'ailleurs, cette espèce de relachement n'est jamais ni long ni dangereux : s'il incommode, on est quitte pour boire un peu plus de vin que d'eau, afin de se familiariser insensiblement avec celle-ci.» (Parmentier, Diss. sur les eaux de la Seine, p. 6.) Savary, dans ses lettres sur l'Egypte, a fait remarquer que les eaux du Nil sont bues avec une sorte de volupté; la quantité ne fait jamais de mal, seulement elles purgent doucement ceux qui en usent avec excès. On trouve la même observation pour d'autres localités, même à Barège où l'eau commune émane de la fonte des neiges; elle donne des coliques et la diarrhée aux étrangers au pays, surtout aux femmes nerveuses, irritables. Il suffit, cependant, d'échauffer un peu l'eau qu'on boit pour se mettre à l'abri de ces accidens. Cela confirme l'action hyposthénisante de l'eau pure, ainsi que nous l'avons démontré dans plusieurs numéros de ce journal.

Eaux iodées en Grèce.—Plus on avance dans l'analyse des eaux minérales, plus on voit multiplier les sources iodées, si mal appréciées par le passé. On vient d'en découvrir deux sources en Grèce, précisément dans l'île *Thermia*, appelée ainsi à cause de ses anciennes thermes, ou plutôt de la déesse Diane qui en a été la protectrice et que les Grecs appelaient aussi *Thermia* (θερμία), c'est-à-dire déesse des bains. Il s'agit de deux sources salines thermales (40° à 55°) que vient d'analyser M. Landerer, professeur de chimie à Athènes; elles sont très-riches en principes fixes et contiennent des traces évidentes de iodure et bromure de sodium. L'île renferme une multitude d'autres sources thermales, près de la mer. Quelques-unes de ces sources se mèlent à l'eau marine, ou sont de temps en temps envahies et couvertes par les irruptions de la mer. Tournefort en avait parlé en 1701, et il en est aussi mention dans le grand ouvrage officiel de l'expédition scientifique en Morée. Ces eaux, au reste, sont très-fréquentées aujourd'hui et produisent des cures admirables (rhumatismes chroniques, goutte, paralysies, engorgemens lymphatiques). Le gouvernement hellénique vient d'y faire construire un établissement de bains. (Bouros, Acque minérali della Grecia, 1839.

Boues thermales.—Il existe dans l'île de Milon, en Grèce, un phénomène volcanique assez remarquable, et qu'on peut comparer à celui des sources bouillantes de Geyser, en Irlande, dont nous avons parlé (Ann. de Therap., t. I, p. 4). Des ouvertures, qui communiquent sans doute avec un volcan central, laissent échapper avec une violence extrême des colonnes de boue liquide bouillante et d'eau minérale également bouillante, et qui se réduit en vapeur. (Nous avons dit ailleurs tout le parti qu'on pouvait retirer des boues minérales en médecine, t. I, p. 319, 359.) Cette île est très-fréquentée à cause des nombreuses sources thermales qu'elle possède et des bienfaits que les malades en retirent. Elle offre partout des cavernes ou des fissures volcaniques en activité, et l'on ne saurait contester que ses eaux ne soient thermalisées par la présence de ces feux souterrains. Il suffit de fouilles à quelques mètres de profondeur pour y trouver une chaleur élevée, quelquefois insupportable. Les eaux sont salines. (Bouros, L. c.)

Eaux potables. Epuration. — Des deux systèmes connus d'épurer les eaux de rivière, savoir, la filtration et la décantation, le premier, qui est le plus généralement adopté, est condamné par quelques hydrologues. Le filtre, en effet, enlève à l'eau une partie de l'air qu'elle contient, et qui la rend légère et salutaire comme boisson. « J'ai connu une personne, dit Parmentier, dont le palais était tellement exercé, qu'elle savait distinguer au goût une eau filtrée à travers le sable et la même qui ne l'avait pas été. Celle-ci lui semblait plus savoureuse, plus légère, ce qui provient sans doute de la privation d'un peu d'air, privation dont il est aisé de s'apercevoir plus sensiblement encore sous le recipient de la machine pneumatique. Quoique l'usage de filtrer les eaux destinées à servir de boisson remonte à la plus haute antiquité, il n'est pas moins vrai que le pauvre qui boit l'eau de Seine, sans autre apprêt que celui de la laisser déposer dans son vase de terre, a de meilleure eau que le riche avec toutes ses recherches... mais le goût général a prévalu; une transparence cristalline récrée la vue. Ainsi, quand on a prétendu qu'en filtrant les eaux on les rendait plus pures, il fallait dire plus claires et plus dépouillées d'air interposé qui constitue leur saveur et leur légèreté » (Parmentier, L. c. p. 40.)

Barégine ou glairine. — Nous avons déjà parlé plusieurs fois de cette substance mucoïde qui se trouve en dissolution dans beaucoup d'eaux minérales, et qui se précipite par le repos sous forme de filamens blancs jaunâtres, ou qui vient s'attacher aux parois des réservoirs et des conduits. Nous faisons allusion à la barégine ou glairine. On se rappelle que les uns lui assignent une origine végétale, les autres une origine animale, et que d'autres, M. Anglada en particulier, l'ont regardée comme le produit de certaines combinaisons chimiques qui se réalisent entre quelques ingrédiens constans des eaux sous la puissance des conditions propres au travail souterrain. Nous ignorions que M. Raspail avait examiné à son tour cette substance. Ce savant regarde la barégine ou la glairine comme identiquement la même que celle qui se forme dans toutes les eaux contenant des sels alcalins ou calcaires. Ces eaux, en rencontrant des débris de végétaux et d'animaux dans leurs cours s'en approprient les parties albumineuses ou grasses qu'elles saponifient en quelque sorte, et retiennent ainsi en dissolution, jusqu'au moment où, perdant les acides libres qu'elles contiennent et une partie de leur chaleur, elles les laissent déposer. Cependant, il est à observer que si la formation de cette substance est semblable dans toutes les localités, la proportion de ses principes constituans peut varier comme varient la proportion et la nature des sels qui sont dissous dans ses eaux; et ainsi, l'on peut dire que la glairine de Barège est, en effet, un produit naturel analogue à celle de Vichy ou de Luchon, mais non pas identique.

Baignoires. — Dans la plupart des établissemens de bains, surtout des pays méridionaux, on n'employait autrefois que des baignoires en marbre. De nos jours on en fait aussi en porcelaine ou terre de pipe, mais plus souvent en métal. Quelques anciens thermes de France en conservent encore en marbre, mais elles ont un inconvénient sérieux, c'est la difficulté d'en échauffer les parois. « A Barége, les baignoires, au nombre de seize, sont en marbre et enterrées dans le sol. Le marbre offre une propreté facile à entretenir et qui plaît à l'œil, mais il a l'inconvénient de soustraire une grande quantité de calorique aux eaux qu'il reçoit, et d'occasionner aux parties du

corps en contact avec lui une sensation de froid très désagréable. Ces effets annulent les premiers bains, qui, par un privilége que nous repoussons, sont uniquement réservés aux militaires. » (Baudens, Eaux therm. de Barége, p. 29, 1843.) La porcelaine ne vaut pas mieux que le marbre, par la même raison. D'après les calculs et les expériences de M. Desprets la faculté conductrice du calorique dans les corps solides peut être représentée par les chiffres suivans : or, 1000; cuivre, 898; zinc, 363; marbre, 23,6; porcelaine, 12,2. (Berzelius, Chimie, t. I, p. 65.)

Eaux des grands fleuves. — A circonstances égales, la bonté de l'eau des rivières est en raison de leur volume et de leur rapidité. « Aussi remarque-t-on que le Rhin et le Rhône, qui prennent leur source dans les montagnes des Grisons, fournissent des eaux extrêmement légères et de la meilleure qualité. Ceux qui ont descendu le Mein ont observé que pour entrer dans le Rhin, les barques s'enfoncent beaucoup plus, phénomènes dû à la légèreté de ses eaux ou à leur aération. Les bateliers en entrant à Paris par la barrière Charenton remarquent la même chose, d'une manière peu sensible, il est vrai, et qu'ils attribuent à la jonction de la Marne. » (Parmentier, L. c. p. 51.) Les eaux de la mer doivent leur incorruptibilité à leur mouvement perpétuel, et c'est aussi ce qui donne aux bains pris dans le Danube une si grande supériorité sur les bains des autres fleuves. On sait, en effet, que le Danube est le roi des fleuves du vieux continent. Il n'y en a aucun en Europe dont le cours soit aussi long. Il n'y en a pas au monde qui compte dans son bassin des populations aussi nombreuses. L'étendue de son cours est d'environ 2,800 kilomètres; le Rhin n'en a que 1,200, la Loire 1,000, la Seine, 700, la Tamise 350. Son bassin occupe un espace quadruple de celui du Rhin, sextuple de celui de la Loire, décuple de celui de la Garonne, trente-cinq fois plus grand que celui de la Tamise et presqu'une fois et demie aussi vaste que la France. Il est vrai que depuis la découverte du nouveau monde, le Danube peut n'être plus qu'un fleuve de taille médiocre, car il est autant dépassé par le fleuve des Amazones et par le Missisipi qu'il dépasse lui-même le Rhin et la Loire. Mais ce sont là des eaux désertes et dont la médecine ne peut tirer aucun parti.

COMPOSITION CHIMIQUE DE L'EAU DE LA NOUVELLE SOURCE DE VICHY, DITE LA GRANDE-GALERIE, par M. O. Henry.

Acide carbonique libre excédant.....	0, lit. 271 (0, gr. 409)	
Bicarbonate de soude.....	4,840	
Bicarbonate de lithine sensible....	»	
Id. de chaux.....	0,094	 0,151
Id. de magnésie.....	0,057	
Bicarbonate de strontiane.....		inappréciés.
Sulfate de soude *anhydre*.....	0,410	
Chlorure de sodium.....	0,500	
Chlorure de potassium.....	0,004	
Silicate de soude.....	0,340	
Silice, alumine (silicates sans doute).	0,233	
Oxide de fer.....	0,001	
Matière organique (évaluée).....	0,001	
	6,480 (1)	
Eau pure.....	993,520	
	1,000,000	

Observations. En comparant ces résultats à ceux obtenus dans l'analyse de l'eau des sources de l'établissement thermal de Vichy, on reconnaît *leur identité*, et tout me porte à croire que ces eaux ont la même origine.

(1) Ce produit se trouve augmenté du poids de l'acide carbonique, constituant les bicarbonates, qui étaient carbonates simples après la calcination.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

DU CAFÉ CONSIDÉRÉ COMME REMÈDE.

Les idées qu'on enseigne généralement sur l'action du café sont tellement formelles, que ce n'est pas sans une mûre réflexion, des expériences répétées et de longues études, que nous avons pu nous décider à reprendre l'examen de cette intéressante question. On va voir qu'il resterait peut être peu de chose de nos connaissances sur l'action thérapeutique du café, si l'on pouvait épurer la science de toutes les erreurs qui l'encombrent à cet égard. Le sujet est assez attrayant de lui-même pour lui consacrer quelques considérations sérieuses.

Le premier fait qui frappe dans l'étude du café, c'est le développement de son arôme par l'effet de la torréfaction. Il se passe là un phénomène analogue à celui de la génèse de l'odeur des fleurs et du bouquet des vins; une huile grasse est oxidée, brûlée, et convertie en huile essentielle; il en résulte une sorte d'éther qui, dans le café torréfié, peut s'isoler parfaitement à l'aide de la distillation, et qu'on peut même voir à l'œil nu dans l'infusion ordinaire. On observe, en effet, sur le café qu'on vient de torréfier et sur l'infusion récente, des gouttelettes d'huile qui constituent son parfum. Il est des personnes, M. Mérat entre autres, qui croient que le sucre augmente ce parfum, bien que les véritables amateurs, comme les Orientaux, le préfèrent sans sucre. M. Berzélius présume que c'est là l'acide caféique converti par l'action du feu en huile essentielle, mais il n'émet cette opinion que comme probable. L'acide caféique qu'on obtient du café cru offre exactement l'odeur aromatique du café brûlé. Il importe de faire remarquer qu'il faut l'action de l'eau bouillante pour enlever au café tout son arome et sa partie extractive. L'alcool ne le dépouille pas aussi complétement que l'eau bouillante. En conséquence, il est douteux, qu'administré à l'état de poudre, le café céderait aux organes tous ses élémens absorbables; cependant, il ne faut pas oublier que les graines de moutarde blanche qu'on avale sortent dans les féces entièrement dépouillées de leur huile et de leur arôme; la force digestive serait-elle donc assez puisante pour faire ce que nous ne pouvons obtenir en dehors du corps que par l'eau bouillante? Il y aurait là, comme on le voit, quelques expériences curieuses à faire relativement au café en poudre ou en graine torrifié.

Il n'est peut-être pas exact de dire que toute l'huile essentielle du café est de formation nouvelle, par le fait de la torréfaction; car le café cru, bien qu'il n'ait pas d'odeur ni de saveur, donne, par l'infusion prolongée à l'eau bouillante, un liquide jaune verdâtre qui rappelle, mais à un degré très-faible, le goût du café torréfié; cela dépend probablement de la présence de l'acide caféique. L'analyse chimique, au reste, a constaté dans le café cru une huile fixe, analogue à du suif

ou du beurre de cacao, et qui, en s'oxidant, pourrait peut-être, dans la torréfaction, donner naissance à l'arôme dont il s'agit. Nous ne voulons pas conclure de ce qui précède que tout le principe d'action du café torréfié, existe dans cette huile essentielle qui le rend si agréable au goût; mais on doit attacher la plus grande importance à sa présence; car la partie extractive de la graine, bien qu'elle résulte chimiquement d'une multitude d'élémens divers, n'a qu'un goût ingrat et une action dynamique peu prononcée. Il résulte, au reste, de l'analyse chimique de Schrader, la plus satisfaisante qu'on possède sur la matière, qu'à part l'élément essentiel dont nous venons de parler, et un peu de tannin développé aussi par la torréfaction, le café cru ne diffère autrement du café brûlé qu'en ce que ses élémens sont plus tenaces, plus fixes, ou moins solubles, si l'on veut. En conséquence, ce serait un véritable non sens, dans l'état actuel de la science, de prescrire la décoction de café cru, ainsi qu'on le conseille dans beaucoup de livres, cette décoction n'étant par elle-même qu'une sorte de lavasse extrêmement faible, équivalant tout au plus à une infusion légère de marc brûlé.» A propos de l'infusion de café cru à froid, je ne dois pas omettre que j'ai vu et goûté moi-même une infusion de ce genre faite et conservée par un des professeurs de Gênes depuis vingt ans, et que je l'ai trouvée exempte de toute putréfaction. J'en fais la remarque; car je viens de lire dans une analyse récente les paroles suivantes: « La dissolution du café non torréfié se trouble et se putréfie par son exposition à l'air, à raison de son albumine, qui d'abord se précipite en se coagulant, et puis se putréfie à la manière des matières animales.» (Ann. de Chimie, t. 92.) (Silvestri, Dissert. chimico-medica sul. café. Gênes, 1815.)

Néanmoins, il serait difficile de dire qu'est-ce que le café perd par la torréfaction, puisque, tout en se gonflant, les graines diminuent en poids dans cette opération, de 18 à 23 p. 100. Le café cru contient une petite quantité de sucre qu'on ne rencontre plus après la torréfaction; mais, en échange, ne gagne-t-il pas par l'oxidation de son huile fixe et par la naissance du tannin? Il faut sans doute tenir compte de sa partie aqueuse, de sa partie féculante ou gommeuse et de quelques autres élémens qui disparaissent sous l'action du feu. Brûlé au point de rester à la couleur jaunâtre, il ne perd que 12 1/3 p. 100 de son poids; mais il est alors difficile à moudre. Porté à la couleur marron ou acajou, il perd 18; à la couleur noire, il perd 23 3/4 p. 100. On ne doit cependant jamais élever la torréfaction au-delà de la couleur *or foncé* ou acajou. Au-delà de ce terme, l'huile essentielle s'en va; ce qui reste est rance, empyreumatisé, âcre, et le café offre alors un goût excessivement amer et désagréable. On a fait observer avec raison que, pour prévenir autant que possible l'échappement de l'arôme, il fallait faire refroidir les graines très-promptement; aussi a-t-on l'habitude de les étaler sur une large surface froide au sortir du tambour métallique. L'on comprend aussi pourquoi la meilleure qualité de café est celle qui donne le plus d'huile essentielle à la torréfaction; le café du Levant paraît s'offrir en première ligne sous ce rapport (Moka); vient ensuite celui de Bourbon. Par la même raison, on doit préférer l'infusion faite à l'eau bouillante, dans des vases clos, à la décoction. On n'ignore pas, au reste, que pour être aussi bon que possible, le café doit être torréfié, moulu et infusé le même jour; fait de la veille, il perd déjà une très-grande partie de son arôme. En voilà assez pour ces généralités matérielles. Ajoutons seulement que le café torréfié jouit de propriétés antiseptiques remarquables; des blancs d'œuf mêlés à quelques grains de café se conservent longtemps sans se putréfier. Par suite de cette observation, nous proposons d'employer la poudre de café au lieu de quinquina sur les plaies gangreneuses, et des fomentations aussi avec l'infusion comme remède chimique et dynamique à la fois. Il y a effectivement beaucoup de ressemblance entre les élémens chimiques de l'écorce de quinquina et ceux du café brûlé. C'est au café torréfié que nous rapporterons tout ce que nous allons dire dans la suite de cet article.

Nous avons fait beaucoup d'expériences avec le café, sur nous-même et sur des malades; nous avons en outre consulté M. Mojon, qui s'en est beaucoup servi dans sa pratique, ainsi que cela est d'usage en Italie; nous n'avancerons donc rien *a priori*; nous préférons cependant souvent les faits déjà accrédités dans la science, afin que la discussion n'ait à rouler que sur les déductions nouvelles que nous croyons pouvoir établir. L'opinion généralement professée en France est que l'action dynamique du café est stimulante, tonique, excitante. MM. Mérat et Delens circonscrivent l'action élective du café au cerveau et à l'estomac. « C'est, disent-ils, un excitant céphalique et stomachique dont l'administration peut trouver plus d'un emploi. » (Mat. méd. t. 2. p. 349). Plus loin, ils ajoutent que son usage provoque la goutte, et ils l'assurent d'après leur propre expérience. Nous avons éprouvé nous-même, disent-ils, que le café réveillait les douleurs de la goutte, et nous croyons qu'il faut s'en abstenir dans cette maladie, comme dans toutes celles où il y a des phénomènes d'irritation et d'inflammation » (p. 352). D'autres vont même plus loin encore, et regardent le café comme un stimulant diffusible, analogue à la canelle et aux alcooliques (Galtier. mat. méd. p. 410). Cette manière de voir, au reste, se trouve soutenue dans tous les dictionnaires et autres ouvrages qui font autorité en médecine. Je dois, néanmoins, en excepter un dictionnaire récent dans lequel le café est considéré comme un hyposthénisant cardiaco-vasculaire; mais l'auteur anonyme (M. Cottereau, à ce que nous croyons) avoue cependant avoir emprunté à l'Ecole italienne une pareille interprétation qu'il appuie, au surplus, de tout son pouvoir. Comme dans tout autre substance douée de vertus dynamiques, il y a dans l'action du café deux effets bien distincts à étudier; savoir l'effet

apparent auquel le vulgaire et la généralité des hommes étrangers à la médecine s'attachent exclusivement, et l'effet véritablement dynamique, organique, vital, que le physiologiste seul sait discerner. Cet effet est le seul réel, utile en thérapeutique ; cependant, par une sorte d'entraînement inconcevable, il a été complétement méconnu par les médecins. Il a été méconnu comme l'action de la glace, de l'eau froide, des eaux minérales, etc., l'avait été pendant plusieurs siècles ; on ne voyait que l'effet secondaire, extrinsèque, et l'on disait, c'est un tonique, un excitant et voilà tout. Comment, en effet, ne pas croire à l'action excitante du café, dira-t-on, puisqu'aussitôt pris il vous ranime, vous excite le cerveau, vous allume l'imagination, vous empêche de dormir, vous rend agile, spirituel, adroit, éloquent, courageux, vous donne de la force, d'excellentes idées, un jugement prompt, vous fait digérer à merveille, etc. etc.? Cette observation est si ancienne, que le mot *café* lui-même qui, vient de l'arabe, ne veut dire que *force*! C'est là précisément la question, savoir, si tous ces effets dépendent réellement d'une action excitante directe, ou d'une action contre-excitante au fond, et telle qu'en dissipant certains engouemens viscéraux rende les fonctions naturelles plus libres, à l'instar du bain froid et de certaines eaux minérales ; car enfin, notez bien, l'observation vulgaire de l'action excitante du café n'est basée que sur l'effet qu'on éprouve en le prenant après les grands repas, c'est-à-dire après qu'on s'est surstimulé par les alimens et les vins, que le cerveau est comme engourdi, congestionné, hypersthénisé, ainsi que l'estomac lui-même ; ou bien le matin, mais alors on le mêle avec du lait, du pain, du beurre ou d'autres alimens ; de sorte que son action n'est pas là bien claire ; ou si elle l'est, on ne tient pas compte de l'état de lourdeur congestionnelle dans lequel le cerveau se trouve avant l'ingestion du café, et par conséquent, si l'hilarité qui s'en suit ne serait au contraire que le résultat d'une action *déconges-tive*. Ces doutes auxquels le vulgaire n'est pas apte à s'arrêter sont d'autant plus fondés aux yeux du médecin, que s'il était vrai que l'action du café fût stimulante comme celle de l'alcool, on devrait éprouver le même effet en prenant de l'eau-de-vie après dîner ou le matin.

Or, l'effet est précisément contraire à celui du café ; on est engourdi, affaibli, accablé ; il y a même plus, les effets de l'ivresse alcoolique sont affaiblis ou dissipés par le café ; comment donc le café serait-il stimulant? Nous ne regardons qu'aux faits, dira-t-on ; que nous importent vos théories ! Mais, nous aussi, nous ne voulons que les faits, et ce sont précisément les théories qu'on fait valoir! C'est, en effet, une théorie que de dire que le café est stimulant, parce qu'il fait veiller, digérer, penser gaiement, etc.. On comprend cependant que, pour les applications thérapeutiques, il est essentiel que cette question soit résolue, car les indications en dépendent immédiatement ; nous avons acquis la certitude que beaucoup de personnes, qui pourraient avantageusement profiter de l'usage du café, soit comme médicament, soit comme moyen diététique, en sont privées par les fausses théories. Dégageons donc la question de tous ces élémens accessoires qui la compliquent et l'embrouillent, et étudions l'infusion de café sans prévention, à l'état pur, à jeun, et chez l'homme sain ou malade.

Nous avons expérimenté le café par petites et par fortes doses répétées. Lorsqu'on prend l'infusion très-chaude, il faut tenir compte de l'action du calorique, mais cette action est peu durable, tandis que celle du café se prolonge. Mieux vaut cependant laisser l'infusion refroidir ou ne la boire que tiède, quand on veut se former une idée exacte de sa véritable action. Aux malades, nous la prescrivons refroidie, soit par petites doses répétées qu'on verse dans un demi-verre d'eau sucrée, soit par quarts de lavement à garder, matin et soir. Pris le matin à jeun, avec ou sans lait, le café produit réellement (en bonne santé) cet effet apparent d'excitation dont nous avons parlé ; le pouls cependant ne s'accélère pas, ou du moins cela n'a lieu qu'aux premiers momens, et autant que le café est chaud seulement, ce qui tient évidemment à l'action passagère du calorique. Bientôt, au contraire, il devient plus lent de quelques pulsations qu'avant la boisson, mais toujours plus ample et plus mou, ce qui dénote une hyposthénie dans l'arbre vasculaire ; les reins sécrètent assez abondamment, et la peau est douce, halitueuse, ce qui s'accorde avec la même observation. Ajoutons que le crachement, et l'expectoration, deviennent plus abondans, plus faciles, et que l'intestin reprend ordinairement sa fonction par la même raison. La circulation céphalique est plus dégagée, plus libre, et les fonctions cérébrales sont plus faciles ; mais, ainsi que nous l'avons dit, cela est loin de dénoter une excitation véritable. Nous reviendrons tout à l'heure sur ce point. Jusqu'ici les partisans de la stimulation ont probablement de la peine à bien saisir l'action hyposthénisante ; nous allons la leur rendre plus claire. Prenez une tasse de café dans le courant de la journée, vers les quatre ou cinq heures après midi, lorsque vous êtes déjà fatigué par le travail des affaires et que votre estomac est vide ; comptez bien votre pouls, mesurez même, si vous le pouvez, la portée de votre poignée au dynamomètre ; vous sentirez aussitôt une lassitude générale se prononcer de plus en plus ; les jambes tremblent et les genoux fléchissent ; les bras et les poignets restent pendans, tremblans, et ont à peine la force de serrer ; sentiment de vide au cerveau et à l'estomac ; faiblesse dans la pensée, apathie ; pouls affaibli ; urines répétées ; impatience, agitation, malaise général. Tous ces symptômes se dissipent par le manger, et surtout par les boissons alcooliques qu'on désire alors et qu'on tolère plus qu'à l'ordinaire. Nous avons répété cette expérience plusieurs fois, à différentes époques de la journée, à des distances variables, avant et après les repas ; le résultat a été constant ; seulement l'intensité de l'effet a varié, selon que l'organisme se trouvait préa-

lablement excité ou affaibli. Où est-elle là l'excitation, la stimulation, puisque toutes les fonctions tombent, au contraire, dans la prostration sous l'influence du café ? Il est même facile de prévoir que, pour peu qu'on pousse loin l'expérience, l'hyposthénisation peut se prononcer tellement qu'elle constituerait une véritable intoxication asthénique. Des expériences faites par le docteur Colet ne laissent pas de doutes à ce sujet. Voici le résumé de ces expériences :

« A la gastralgie qu'il détermine se joint, après un temps variable, une espèce de frisson, de frémissement dans le côté gauche de la poitrine, un poids incommode au-devant du thorax, accompagné de dyspnée, et, de plus, une excitation générale dont les caractères sont analogues à ceux de l'ébriété commençante. Si dans cet état on persévère dans l'usage du café, il survient un malaise plus profond, les mains et les pieds sont saisis d'un froid glacial et d'une sueur froide. Il existe en outre une sensation de froid incommode à la partie postérieure de la tête. Quelquefois ces accidens deviennent plus graves, et il survient alors des fourmillemens au cuir chevelu, une céphalalgie intense, le trouble de la vue, des vertiges, la marche devient vacillante, le pouls faible et irrégulier, la suffocation est imminente et s'accompagne de sensibilité et de convulsions. La douleur de l'estomac donne lieu à des spasmes violens, les mouvemens du cœur deviennent douloureux et semblables à de fortes palpitations; quelquefois, au contraire, l'action de cet organe se ralentit au point de déterminer la syncope. Le malade devient très-irritable, chagrin et morose. » (Lond. méd. gaz., avril 1833.

Tout cela indique pour nous une hypothénisation profonde cardiaco-vasculaire; nous en trouvons la confirmation dans les observations que Zimmermann avait faites sur lui-même. « Je prends, dit cet auteur, du café deux fois par jour; mais je n'en prends que deux tasses à la fois, et de cette manière, il ne m'incommode pas : au contraire, deux tasses de plus m'affaiblissent, me causent des mouvemens hypochondriaques, des tremblemens, des étourdissemens, et certaine timidité qui m'est insupportable. Je vois arriver la même chose à tous ceux qui se portent bien, dès qu'ils en prennent plus qu'à l'ordinaire. » (Tr. de l'exp.) Nous avons observé que le café pris dans le courant de la journée, lorsque le corps était faible, nous donnait aussitôt une céphalalgie plus ou moins intense, tandis qu'il dissipait, au contraire, le mal de tête le matin ou l'après dîner, lorsqu'il se rattachait à un état congestif des méninges. Cela se comprend ; dans le premier cas, le café troublait la fonction par son action hyposthénisante, et il occasionnait une céphalalgie asthénique, ainsi que cela nous arrive constamment par le jeûne trop prolongé; tandis que, dans le second, la même action rétablissait l'état normal en dissipant une congestion. On aurait de la peine à croire *a priori* comment le café peut être un excellent anti-céphalalgique dans certains cas, tandis qu'il peut donner lui-même le mal de tête dans d'autres. Il est impossible de rien comprendre en thérapeutique si on ne s'enquiert pas parfaitement du principe d'action des remèdes et de l'état des organes dans les maladies. On sera peut être plus étonné encore d'entendre que le café, qu'on regarde comme l'antisomnifère par excellence, puisse, dans certains cas, dissiper l'insomnie et procurer le sommeil qu'on avait demandé en vain à l'opium. Nous en emprunterons un exemple à l'un des plus grands adversaires de l'usage de cette boisson soi-disant incendiaire, à Zimmermann lui-même.

« J'ai obervé, dit l'auteur, que le café procura du sommeil dans un cas où l'opium était sans effet. Une dame de condition, âgée de 70 ans, était fort tourmentée d'une maladie arthritique terrible depuis plusieurs mois consécutifs. Elle ne dormait aucunement, comme il arrive assez dans ces sortes de maladies. J'employai divers moyens pour faire cesser ces insomnies. J'eus enfin recours à l'opium. Elle en prit un grain la première fois, et sans succès. Je doublai la dose la nuit suivante, mais aussi inutilement. Elle eut elle-même l'idée de prendre du café au milieu de la nuit, parce qu'il lui avait déjà été avantageux dans quelques insomnies, aussi bien qu'à quelques personnes de sa famille. Je consentis à cette tentative, quoique je regardasse le café comme contraire à la maladie principale. Elle en prit donc deux tasses au lait la première fois, et dormit aussitôt pendant une heure. Elle réitera la même chose avec ce même succès toutes les fois. Elle prit donc son café au lait au milieu de la nuit, pendant quatre mois consécutifs, et dormit; se qui ne lui arrivait pas lorsqu'elle ne le prenait pas. Cette observation ne prouve pas les bons effets du café, mais qu'il y avait quelque chose de particulier dans le tempérament de cette dame. » (L. c.)

Cette observation n'offre rien d'incompréhensible pour nous. Le café ne détermine l'insomnie dans l'état normal que par son action hyposthénisante élective sur les vaisseaux du cerveau. Il se produit là un sentiment comme de vide qui laisse le cerveau dans un état particulier, et qui l'empêche de se remettre dans sa condition habituelle de repos. Supposez, maintenant, comme dans le cas de Zimmermann, une insomnie morbide, produite par une irritation inflammatoire légère des capillaires encéphaliques ou des meninges, ou des gros vaisseaux de la base du crâne; il est évident que l'action hyposthénisante du café, dissipant une pareille condition, devait remettre l'organe dans sa condition normale; de là le sommeil comme fonction naturelle. C'est ainsi que l'opium, par exemple, produit des garde-robes chez les sujets atteints de colique saturnine, en rétablissant les organes digestifs en état de reprendre leurs fonctions naturelles. Que l'on juge à présent de la valeur des observations suivantes, enseignées généralement et répétées par des auteurs graves : — « La propriété qu'a le café d'agir sur le cerveau, d'en être un excitant, d'y provoquer une puissance intellectuelle plus manifeste, en a fait conseiller l'infusion donnée à des doses réitérées dans les affections soporeuses, l'engourdissement des sens, leur collapsus, leur débilité; on le prescrit aussi, pour la même raison, aux personnes tristes, mélancoliques, hypochondriaques, etc., hors des heures du repas, plusieurs fois par jour, et comme médicament, avec un fréquent succès. » (Mérat et Delens.) Il est évident que si le café est utile dans ces occurences, c'est en dissipant une congestion encéphalique par son action antiphlogistique élective, et nullement par un

effet de stimulation qui serait funeste. L'effet du café serait fatal effectivement si on l'appliquait, ainsi qu'on l'a conseillé légèrement, dans le coma qui succède à l'empoisonnement asthénique qu'occasionnent les champignons, la ciguë et tant d'autres substances hyposthénisantes.

On nous a demandé pourquoi le café troublait le sommeil à des personnes bien portantes, même après les grands repas ; l'excitation du manger et des boissons aurait dû neutraliser l'action hyposthénisante. La réponse est facile : c'est qu'aucun des alimens ou des liquides alcooliques pris au repas ne porte son action élective là où le café porte la sienne ; on sait, en effet, que l'alcool dirige plus spécialement son action élective sur la moëlle, d'où il résulte le *delirium tremens*. L'action centro-stimulante générale du café est bien neutralisée par l'action contraire des alimens, mais son action élective, céphalique, reste et marche pendant quelque temps, conjointement avec l'irritation gastrique au besoin. On neutraliserait sûrement cette action du café en y joignant de l'opium, dont l'effet stimulant électif porte sur le cerveau comme le café. C'est ce que font souvent les Orientaux, comme on sait. L'on comprend, par ce qui précède, pourquoi le café est si utile après les grands repas, puisqu'il décongestionne le cerveau et neutralise en partie l'action stimulante générale des alimens et des vins ; il met aussi, par la même raison, l'estomac plus à l'aise pour exécuter la grande fonction. L'on conçoit pareillement comment le café peut nuire aux personnes délicates et bien portantes d'ailleurs, l'équilibre de leurs fonctions organiques pouvant être altéré par cette hyposthénisation dont elles n'ont besoin, tandis que d'autres, naturellement excitables, prédisposées aux congestions, s'en trouvent parfaitement, au contraire ; et comment il peut faire maigrir les uns, engraisser et affaiblir les autres, tout cela dépendant des conditions particulières de chaque organisme. On donne du café aux jeunes soldats en Afrique pendant les grandes chaleurs ; ils s'en trouvent parfaitement, comme les Orientaux, par la raison que tout prédispose là aux congestions que le café prévient ou combat. Mais que d'effets fâcheux ne produit-il pas sur les ouvriers des mines en Angleterre, dans ces lieux souterrains où, à la place des boissons réellement excitantes dont ils auraient besoin, ces malheureux ne boivent, pendant leur travail, que du café froid ? (Annales des mines).

Le principe de l'action dynamique étant démontré, les applications thérapeutiques découlent naturellement et de la manière la plus simple. On peut dire, en général, que le café peut être utile dans toutes les maladies à fond hypersthénique ou inflammatoire, particulièrement dans celles des gros vaisseaux ou des organes très-vascularisés, et surtout dans celles du cerveau et des sens qui en dépendent. Est-il vrai, d'abord, que le café réveille les douleurs de la goutte ? Pour notre part, nous avons vu des goutteux en assez grand nombre et se trouver bien de l'usage habituel du café ; et cela se conçoit parfaitement, à raison de l'action antiphlogistique de cette drogue. Lorsqu'on avance, par conséquent, le contraire, nous ne pouvons attribuer cette opinion qu'à ce qu'on a imputé au café ce qui appartient probablement aux mets trop succulens et aux vins qui précédaient l'usage du café. Est-il vrai, d'autre part, que le café au lait donne des fleurs blanches ? Cette croyance remonte déjà bien loin. Zimmermann l'avait combattue, il l'attribuait à Thierry. — « Thierry dit que le café au lait cause quelquefois subitement des fleurs blanches. Je sais très-bien que nombre de femmes regardent le laitage comme une cause de fleurs, parce que le lait est blanc et que ces fleurs s'appelent blanches ; mais que le café au lait les fasse venir préférablement, c'est ce qui ne m'est pas assez connu (L. c.) » La même incrédulité est témoignée par MM. Mérat et Delens ; cependant M. Lisfranc soutient le fait. Il est probable qu'il s'agit là d'une simple coïncidence ; car, d'une part, on ne comprend pas comment le café, qui devrait plutôt guérir les fleurs blanches, les produirait au contraire ; de l'autre, cette infirmité devrait être générale, car il n'est presque pas de femme qui ne fasse usage de la boisson en question. Par suite de la caractérisation que nous venons de poser, il est facile de prévoir en détail les maladies dans lesquelles le café a pu être avantageux. D'abord pour les affections de la tête, on cite les céphalalgies, en particulier la migraine, les congestions, le coma, l'apoplexie. Nous nous sommes déjà expliqué sur quelles données on doit compter pour ne pas faire de fausses applications dans ces occurences ; on doit donner le café préférablement froid, et par doses répétées, soit par la bouche, soit en lavement. Zimmermann a écrit que « l'abus du café cause des maux de tête terribles, loin de les guérir, comme on le pense ordinairement. Thierry a vu des gens si incommodés de maux de tête, qu'ils étaient ineptes à tout, et ne furent guéris de leurs maux qu'en renonçant au café. Il a vu, comme moi, des gens perdre par là le sommeil et maigrir à vue d'œil (L. c.) » Cela ne s'applique qu'à l'*abus*, ainsi que le dit très-bien l'auteur, ou chez des sujets bien portans, et qui n'avaient pas besoin de se soumettre à une pareille action. Nous venons de voir comment cela pouvait effectivement arriver. En conséquence, la remarque de Zimmermann, quoique vraie, ne déroge rien à la prescription précédente. D'après les idées que nous nous sommes faites sur le café, nous ne craindrions pas d'en prescrire également comme tisane antiphlogistique dans les méningites, aux aliénés indistinctement, et dans les blessures du crâne en général. A côté des maladies précédentes, nous devons mentionner les affections chroniques des yeux, telles que les choroïdites, les amauroses, les ophthalmies externes, et dans lesquelles nous prescrivons souvent le café froid comme hyposthénisant, *intus et extra*. Wentzel y avait déjà eu recours en le dirigeant sur l'œil à l'état de vapeur ; d'autres ont imité cette pratique, mais elle offre l'inconvénient de faire arriver sur l'organe une certaine dose de calorique, ce qui pourrait nuire.

Pour ce qui est des affections de la poitrine et de l'abdomen, dans lesquelles le café a été utilement administré, voici d'abord ce que nous écrit M. Mojon : « J'ai eu beaucoup à me louer, dans le traitement de la péripneumonie, de l'entérite, de la péritonite et autres maladies inflammatoires, de l'infusion légère de café torréfié dans le petit lait, et édulcorée avec du miel ou du sucre. J'ai prescrit cette tisane pour toute boisson. Il est bien entendu qu'il faut toujours commencer par des saignées et autres moyens antiphlogistiques proportionnés à la gravité. Je me suis spécialement bien trouvé de ce petit lait au café, pour calmer les douleurs d'entrailles avec diarrhée, où l'on peut toujours admettre un état sub-inflammatoire. Je puis même compter, dans une pratique de trente années, plusieurs cas de dyssenterie guéris, sans autre remède que l'emploi de ce café au petit lait, soit en boisson, soit en lavement. J'ai connu une personne atteinte d'asthme inflammatoire ancienne, et qui parvenait à faire avorter les accès, en aspirant la vapeur du café torréfié. S'étant ensuite habituée à priser le café en poudre en guise de tabac, elle s'est parfaitement guérie sans d'autre secours. On sait, au reste, que Floyer, qui était lui-même asthmatique, n'avait trouvé de meilleur remède que le café pour se soulager, et il a vécu jusqu'à l'âge de quatre-vingts ans. » Il est évident, au reste, que le café ne saurait combattre l'asthme dépendant de lésions matérielles des gros vaisseaux de la poitrine, ou de tumeurs dans cette cavité ; mais on comprend qu'à raison de sa vertu hyposthénisante vasculaire, il puisse dissiper l'élément inflammatoire qui accompagne même l'asthme mécanique. Ne voit-on pas la digitale, par exemple, être favorable dans la dyspnée dépendant d'un anévrisme de l'arc de l'aorte? Au surplus, la plupart des auteurs ne recommandent spécialement le café que dans l'asthme essentiel, à accès périodiques et nocturnes. Il y a, suivant nous, une grande analogie d'action dynamique entre les deux substances. Le café s'était surtout acquis de la célébrité par ses bienfaits dans les douleurs néphrétiques et dans les douleurs vésicales par la présence de la pierre. Il est clair que, dans ces occurences, le café ne fait que combattre l'élément inflammatoire, soulager ainsi le malade et réduire l'affection mécanique à sa plus simple expression. La même action se fait sentir heureusement chez les sujets atteins de gravelle; l'hyposthénisation en favorisant l'expulsion. On a néanmoins remarqué que l'usage trop prolongé du café conduisait à l'impuissance virile plus ou moins temporaire (Linnée), circonstance importante, qui assimile l'action du café à celui du camphre, et qui est loin de confirmer sa prétendue action stimulante. Nous avons vu des bronchites obstinées s'améliorer par l'usage du café ; l'expectoration en devient plus facile, et la toux s'apaise. On a aussi usé avec avantage le café contre l'aménorrhée et la dysménorrhée ; l'on devine déjà qu'il s'agit seulement de cas dépendant d'irritation congestive de l'utérus, et il est remarquable qu'un nouveau rapprochement peut être fait encore ici entre la digitale et le café. Zimmermann dit que : « Raulin a remarqué que le café fait quelquefois l'effet d'un purgatif et cause le dévoiement. J'ai souvent vu le café au lait et sans lait, contribuer beaucoup à la diarrhée lente hystérique, maladie que je regarde comme très-mauvaise et très-difficile à guérir. » Cela s'applique, bien entendu, aux personnes bien portantes qui abusent du café, et l'on comprend qu'un pareil effet puisse suivre une hyposthénisation trop prolongée; mais nous pouvons citer de cas de diarrhée opiniâtre par gastro-entérite chronique, un, entre autres, que nous traitons en ce moment, guéris par les boissons et les lavemens au café. Dans un cas d'hémoptysie, le même moyen nous a été aussi utile que la digitale, ce qui ne doit pas empêcher de saigner ou de faire autre chose au besoin. MM. Mérat et Delens disent : « Nous avons vu une femme sujette à des accès hystériques, que le café faisait cesser, et qui renaissaient lorsqu'elle n'en prenait plus. » Est-ce que les excitans véritables sauraient en faire autant?

On a prescrit aussi avec avantage l'infusion de café dans la chlorose, dans les fièvres intermittentes, dans les paralysies, dans le scorbut, dans les obstructions viscérales, dans le délirium tremens, dans le rhumatisme, dans les plaies de décubitus, dans l'intoxication alcoolique, et dans l'empoisonnement par l'opium. Il nous serait facile de prouver, si nous ne craignions de trop élargir le cadre de cet article, que, dans tous ces cas, l'action du café a constamment opéré d'après le principe que nous venons d'expliquer, la variété des effets n'étant qu'apparente. En Perse, une croyance vulgaire dit que la boisson du café a été inventée par l'ange Gabriel pour rétablir la santé de Mahomet ; aussi donne-t-on force café aux épileptiques, et l'on comprend qu'ils ne doivent pas s'en mal trouver. En France, Louis XIV est le premier, dit-on, qui ait bu du café en 1644 ; on l'a depuis lors plutôt employé comme boisson diététique que comme remède ; de là une foule de préjugés qui ont mis obstacle aux avantages innombrables qu'on aurait pu retirer de cette divine boisson. Croirait-on, par exemple, qu'un ancien médecin de l'hôpital de la Charité ait pu écrire les lignes suivantes : « Il est à remarquer que l'usage habituel des semences brûlées a beaucoup contribué à causer la fréquence actuelle des maladies vaporeuses, parce que le principe empyreumatique qui se développe pendant l'ustion irrite singulièrement les nerfs. » (Desbois de Rochefort.) Peu s'en fallait, en vérité, d'après cela, de voir le café proscrit par une ordonnance de parlement, comme autrefois l'antimoine ! Heureusement, cependant, il n'en a rien été, et il s'est trouvé des hommes assez éclairés à la marine royale pour prescrire dans les règlemens de distribuer du café le matin aux équipages aussitôt que les navires ont passé les tropiques; il s'agit, comme on le voit, d'une simple mesure hygiénique ; mais que de lacunes importantes ne pourrait-on pas combler à l'aide du café dans la thérapeutique journalière, si l'on vou-

lait se pénétrer des principes que nous venons de soumettre à la sagesse de nos confrères.

MÉMOIRE

EN RÉPONSE A LA QUESTION SUIVANTE.

Donner l'histoire naturelle, les propriétés physiques et chimiques, le mode d'extraction de l'huile de foie de morue et de baleine (Ol. jacoris aselli et ol. ceti); *faire connaître comparativement et par des faits leur histoire thérapeutique;*

Par M. le docteur H. Klencke, professeur et médecin de régiment à Brunschwig;

Traduit de l'Allemand par M. le docteur Berchem.

(Suite de l'avant-dernier numéro, p. 403.)

—

Falker attribuait ainsi l'action médicale de l'huile de foie à la colle animale et à la résine. Se basant sur ces données, et eu égard au gluten et à l'analogie qui existe entre ces derniers corps et les baumes, il cherchait toute l'efficacité dans les résines de l'huile de foie. Considérant ces principes comme remède dans les dyscrasies, il les soumet à un examen approfondi. De nos opinions, que nous ne faisons qu'indiquer, se rapproche celle du docteur Osius jun., qui dit (Med. Annalen Bd. vl. hft. 4 Ann. de la Société de Méd. d'Anvers 1843) que l'huile de foie ne doit pas son action à l'un ou à l'autre principe découvert par l'analyse chimique, mais bien à tous ces principes réunis en un tout animal qui, comme remède, dépasse toutes les huiles végétales. Cette huile animale jouit des propriété nutritives et médicales qui tournent au profit de la vie de reproduction. Notre organisme est différemment modifié par l'usage des huiles de foie. L'espèce foncée est plus excitante; l'espèce plus claire, plus douce, agit plutôt sur la formation que sur la résorption, et active également les secrétions.

Le système lymphatique est le terrain sur lequel agit l'huile de foie. Les selles et les urines deviennent plus abondantes, et dénoncent l'odeur propre à cette huile. L'urine se trouble parfois, présente des globules de graisse et un sédiment. De fortes doses de cette huile procurent jusqu'à quatre selles par jour. L'usage en est souvent suivi d'éruptions pourprées, constituant les crises de la maladie; Strumpf, Rosch, Fehr et moi-même nous avons maintes fois observé ces symptômes. Des éruptions répercutées sont également rappelées et la transpiration cutanée gagne une odeur d'huile de foie. L'opinion que l'huile de foie doit principalement son action à sa qualité d'huile, trouve une sanction plus immédiate encore dans les résultats pratiques que le docteur Baur de Tübingen (Haser's Archiv., Band 1 hft 2.) a obtenus par l'emploi des huiles ordinaires, telles que l'huile de pavot, d'olive, de lin, de navette, etc. En analysant ces huiles, dans lesquelles nous ne retrouvons pour ainsi dire que les acides glycérique et élaïque, on ne découvre aucun principe particulier, qui détermine des effets spécifiques dans ces maladies que nous voyons guérir par l'effet de ces huiles.

Jetons un coup-d'œil sur notre littérature médicale, et observons de quelle manière les praticiens ont cherché à justifier les effets et l'emploi des huiles ordinaires, ainsi que de l'huile de foie, et nous remarquerons que nos recherches auront pour résultat les opinions les plus contradictoires. Je me fais, quoique cela, un devoir de donner un résumé concis des communications qui m'ont été faites par plusieurs praticiens; nous serons ainsi plus à même de comprendre et de juger les diverses opinions, et des expériences ultérieures nous conduiront peut-être à établir quelques conclusions. Je ferai cependant remarquer qu'il sera impossible de faire mention de tout ce qui a été dit sur l'huile de foie, car comme j'habite un pays où les produits les plus modernes de la littérature médicale ne parviennent souvent que bien tardivement, on me pardonnera donc les lacunes littéraires qu'à mon insu je pourrai laisser subsister.

Ce fut d'abord Falker qui donna le plus d'etendue à ses résultats pratiques. Je remarquai bientôt que, considérant le gluten comme substance nutritive, il attribuait toute la valeur thérapeutique de l'huile de foie à la résine. Il allègue pour preuve les effets pharmaceutiques du baume du Pérou, du copahu, de la térébenthine, de l'assa-fœtida, de la myrrhe, de la poix noire, des baies de genièvre, du galbanum, etc. Ces remèdes se montrent salutaires dans toutes les affections dans lesquelles nous obtenons de si beaux résultats de l'usage de l'huile de foie. Selon lui la résine provoquerait un changement dans l'action des organes de l'absorption et éloignerait ainsi les matières de secrétion qui peuvent avoir été retenues dans notre organisme; en résumé, ce changement d'action, par lequel les suppurations gagnent un meilleur caractère, qui déplace des dépôts morbides et fait disparaître des états dyscrasiques, etc., serait augmentée et gagnerait en vitalité, et c'est par ces vertus que l'huile ordinaire ou l'huile de foie se montrerait si active. En admettant avec Falker l'analogie entre la résine de l'huile de foie et les résines antidyscrasiques susdites, nous devrions conclure avec lui que l'huile de foie ne peut être utile dans ces cas spéciaux, où les autres gommes résines pourraient être employées, en remarquant, toutefois, que la résine de l'huile de foie, considérée comme produit d'une substance animale, peut bien plutôt être assimilée que des substances végétales.

Puchelt, pour autant qu'il parle de la puissance curative de l'huile de foie, confirme les opinions de Falker, par deux cas de guérison d'une paralysie des extrémités inférieures; il nous rend, du reste, attentif aux inconvéniens de son emploi, en nous citant un cas où l'usage de l'huile de foie a été suivi d'hémoptysie. Il en revient enfin à l'iode, et attribue une grande puissance curative aux plus petites quantités de ce corps, que Gmelin doit y avoir découvert. (Annal. de Pharm. V. Wohler und Bd. XXXI, p. 321.)

Baur de Tübingen (Haser's Archiv. Bd, H Ft, 2.) entend tout autrement les choses. Il fit également usage des huiles végétales, et émit l'opinion (voyez son traité : l'huile comme spécifique contre les affections scrofuleuses) que l'huile de foie ne jouit d'une puissance curative que comme substance oléagineuse. Il préfère l'employer par la méthode endermique, et alors son usage est non-seulement suivi de transpiration (jusqu'à éruption rougeâtre), mais provoque encore un calme dans le système nerveux, augmente les secrétions et améliore les secrétions bilieuses, ce que l'on

peut vérifier par le changement de couleur des excrémens; c'est ainsi que ce moyen s'est montré le plus utile dans toutes ces maladies dont les principaux phénomènes peuvent être dissipés par les effets susnommés. Baur attribue donc des vertus curatives radicales et spécifiques à l'huile, et prétend faire disparaître toute espèce de scrofules par les frictions huileuses. Je ne puis omettre de communiquer ici les paroles suivantes de Baur : « Nous savons qu'une bonne digestion consiste en ce que dans l'estomac les matières nutritives soient dissoutes et converties en une masse albumineuse et acidulée; que, dans les intestins grêles, ce bol alimentaire, mis en contact avec la bile et le suc pancréatique, perde ses qualités acides et se change en émulsion. Pendant cette transformation, les principes insolubles se séparent pour passer dans les gros intestins, tant dis que les principes solubles se changent en lymphe pour être absorbés par les vaisseaux lymphatiques. Une digestion régulière dépend donc de l'équilibre qui existe entre es fonctions digestives de l'estomac et celles des intestins grêles, ou, en d'autres mots, le travail de la digestion se fait bien aussi longtemps que l'estomac ne fait parvenir dans les intestins grêles autant de matières albumineuses acides que ces derniers organes peuvent en neutraliser, et transformer en lymphe, après y avoir mêlé de la bile et du suc pancréatique. Considérant maintenant les phénomènes des affections scrophuleuses à leur début (appétit irrégulier, nausées qui se terminent par des coliques et des vomissemens de matières nutritives aigres et coagulées, matières fécales du même genre et différemment coloriées par de la bile), nous nous convaincrons que cet équilibre est rompu aux dépens du travail des intestins grêles, et que c'est pour ainsi dire dans l'estomac seul que s'opère le travail de la digestion. Le travail de ce dernier organe prédomine parfois, au point que le contenu des intestins se montre acide aux réactifs, et que le liquide albumineux, se coagulant en masses solides, perd ses propriétés organiques. Tout ce que les vaisseaux lymphatiques peuvent absorber de ces matières coagulées, au lieu d'être transformé en lymphe, séjourne dans ces vaisseaux et y occasionne du gonflement et des obstructions. Les parties d'albumine coagulée qui seront parvenues jusque dans la circulation du sang seront déposées dans les tissus des tégumens intérieurs et extérieurs, ou dans le parenchyme des organes. Une sanguification incomplète et l'épuisement en seront les suites nécessaires. La thérapie a donc pour tâche de rétablir l'équilibre dans le travail de la digestion, de regagner, pour l'organisme, ces produits pathologiques qui, loin d'être utiles, lui étaient devenus nuisibles.»

Tout en reconnaissant la vraisemblance de la plupart des opinions de l'auteur, je me permettrai plus tard quelques critiques physiologiques sur quelques-unes d'elles qui devront recevoir plus d'étendue dans cette monographie. Après ces éclaircissemens, Baur se demande : « De quelle manière l'huile (conséquemment l'huile de foie) opère la guérison, » et renvoie la question à l'observation physiologique, en faisant mention d'un traité du docteur Ascherson (Muller's Archiv. ft. 1.), qui nous relève l'utilité physiologique des corps gras, et émet une nouvelle théorie sur la formation cellulaire, basée sur plusieurs faits nouveaux. Comme c'est ce même traité qui m'a engagé à faire des recherches physiologiques ultérieures, je ne puis m'empêcher d'en donner le résumé. (Suit une longue discussion physiologique.)

« En confrontant maintenant toutes ces opinions, continue Baur, nous concevrons les rapports intimes et spécifiques de l'huile avec les scrofules. L'huile parvenue dans la circulation des fluides est secrétée en grande partie avec la bile, et favorise ainsi la digestion des intestins grêles, et rétablit l'équilibre entre le travail digestif de l'estomac, et c'est ainsi que les scrofules sont combattues dans leur origine. » A côté des communications de Baur, notre littérature nous fait encore voir d'autres praticiens qui prônent les vertus médicales de l'huile de foie. C'est ainsi qu'à côté de Rosch, qu'à la fin de ma monographie j'ai mainte fois invoqué, je rangerai le professeur Delavacherie (Annal. de la Société de Méd. de Gand; 1839. 123), qui administra cette huile avec beaucoup de succès contre les affections des os. M. Donavan (Dublin Journal, n° 54; 1840), en Irlande, dirigea également ses études pratiques sur cet objet; ses communications thérapeutiques n'ont cependant rien ajouté de neuf aux connaissances que nous en possédons en Allemagne; le docteur Segnitz de Gelnhausen constate encore la grande efficacité de l'huile de foie dans son traité intitulé : « L'huile de foie de Bergen envisagé sous le rapport de ses mauvais effets. » (Summarium 1841, n° 1.) Ces mauvais effets n'étant pas encore suffisamment appréciés, l'étude en deviendra d'autant plus importante pour le médecin que l'expérimentateur observateur en paraîtra plus convaincu. Segnitz dit avec raison dans son traité qu'on est blâmable de prescrire, sans nulle indication particulière, l'huile de foie comme moyen prophylactique, tel qu'il en a vu des exemples dans les environs de Gelnhausen. Le blâme que l'auteur fit tomber sur ceux des praticiens qui administraient ce remède indistinctement à toutes les familles dériva naturellement des expériences que ce dernier put faire dans ses environs en défaveur de l'huile de foie; aussi assure-t-il que ce médicament administré, pendant quelque temps dans des cas où son usage n'est pas indiqué, peut produire l'atrophie. J'oserai d'avance déjà confirmer ces expériences et ferai même remarquer plus tard que les abus dans l'emploi de l'huile de foie ont été suivis de résultats bien plus funestes encore. Les principaux effets de l'huile de foie sont, d'après l'auteur, d'activer le système lymphatique et capillaire, ainsi que les secrétions et les excrétions, de corriger et de soutenir la vitalité dans les fonctions digestives, dans les affections connues sous le nom de scrophulosis omniformis, de cet état d'une mauvaise alimentation non accompagné de fièvre, se déclarant tantôt par tel, tantôt par tel autre symptôme.

Si nous revoyons ces opinions de divers praticiens, et si la théorie d'Ascherson ne nous inspire assez de confiance, nous ne pouvons encore nous former une idée fixe sur les effets intimes produits dans notre organisme par l'usage de l'huile de foie et des huiles végétales. Si je ne me trompe, la plupart des médecins (ils se rattachent en cela plus ou moins à l'opinion de Falker, sans toutefois vouloir lui accorder la préfé-

rence) voient dans ce remède l'analogie la plus conforme quant à ses effets, comme substance animale la plus assimilable, avec les baumes et les résines ; conformément à cela, ils disent que les résines de l'huile de foie relèvent la vie capillaire et font disparaître cet état de torpeur dans lequel se trouvaient les fonctions secrétoires. Cette explication paraîtrait en partie fondée, dans les cas où l'on a employé ces espèces d'huiles de foie qui, par la prépondérance de principes résineux, agissent sur les secrétions et que l'on administre contre les affections rhumatismales, etc. Il n'en est pas de même de l'espèce plus claire, qui ne contient pas de principes empyreumatiques, ou qui ne récèle de la résine qu'en très-petites quantités. J'ai fait usage de la meilleure qualité d'huile de foie de Bergen, laquelle, relativement aux espèces plus foncées, ne contient que très-peu de résine et j'en ai cependant remarqué des effets étonnans sur les fonctions digestives et le travail de la chylification. Toutes mes expériences m'ont convaincu, et j'ose émettre en principe que toute huile de foie est efficace par sa graisse d'abord, qu'en général elle agit directement sur la chylification par son caractère d'huile animale et que les espèces plus foncées ont en outre la propriété d'exciter les capillaires par les résines qu'elles contiennent, et gagnent ainsi une grande influence sur le système nerveux et les fonctions secrétoires. Nous soutiendrons donc que ce n'est ni l'iode ni le brome, mais bien la qualité de l'huile de foie ou plutôt ses principes gras, qui agissent si efficacement sur notre organisme et provoquent cet état physiologique qui se déclare tantôt par une activité vitale normale, tantôt par des réactions pathologiques ou par des effets curatifs.

A l'appui de ces opinions, nous commencerons par faire un examen physiologique de l'huile de foie même. Nous trouverons que la graisse déposée dans le parenchyme du foie est toujours en rapport avec les changemens (élémentaires) de la bile, et hormis les observations que j'ai faites moi-même, je puis ici tappeler les expériences de Thénard, qui a constaté plus d'une fois que les foies dont les parenchymes déposaient le moins de graisse, étaient ceux qui fournissaient la bile la plus normale et la plus consistante, de sorte que la bile ne ressemblait qu'à un produit aqueux-albumineux là où, dans les mêmes proportions, le dépôt de graisse dans le parenchyme des foies était plus abondant. Ainsi les principes qui, d'après la marche normale, auraient dû se rendre dans le commencement des canaux biliaires, ont passé ici par exosmose des vaisseaux sanguins dans le liquide parenchymateux; ceci ne doit pourtant pas faire supposer que des principes chimiquement pondérables de la bile passent dans la substance même du foie, il n'existe qu'une même substance dans l'acte de la secrétion, car à cause de l'exosmose même, les produits de toute secrétion ne consistent d'abord qu'en une humeur insignifiante, aqueuse et albumineuse, ce n'est qu'après avoir passé par les tissus des conduits secréteurs que ces produits se constituent dans d'autres rapports stoécométriques. (Suivent d'autres remarques physiologiques).

De ces explications résulte pour moi, que l'huile de foie, considérée comme produit de cette surabondance de graisse déposée dans le foie, est un corps qui se rapproche des parties organiques de la bile, et offre au moins nouvelle la plus grande analogie. Nous découvrons en effet dans l'huile de foie, comme dans la bile de la graisse et de la résine; on y a reconnu la même combinaison de sels et un même organe, les produits, les matières premières de l'huile de foie ayant beaucoup de ressemblance avec celles qui doivent former la bile, et secrétées pas exosmose, fournissent ces deux produits; et la thérapeutique vient enfin nous démontrer que l'huile de foie se trouve comme la bile à-peu-près dans les mêmes rapports envers le travail de la chylification. (Suit une longue discussion sur l'action de la bile sur le chyme.)

Nous ne savons pas encore maintenant comment la graisse, c'est-à-dire l'huile de foie, agit sur la formation du chyle. L'huile de foie réagit comme les acides, et par cette propriété même elle ne peut avoir la même influence sur la chylification que la bile.

DOCUMENS DIVERS.

HÉMATOLOGIE. *Indications nouvelles de la saignée.*— Il résulte des nouvelles études que vient de publier le docteur Polli sur le sang de la saignée (Annali univ. di med., janvier 1844) que le temps que met ce liquide à se coaguler dans le vase est en raison de la force organique, soit physiologique, soit morbide du sujet; c'est-à-dire que le sang se coagule d'autant plus promptement que le sujet est faible, et d'autant plus lentement qu'il est fort. (On croit précisément le contraire dans la pratique). La non-coagubilté, en effet, énonce un excès de vie que le sang conserve encore quelque temps au sortir de la veine, et il ne se coagule, c'est-à-dire ne se décompose qu'aussitôt qu'il meurt. La quantité ou l'épaisseur de la couenne, lorsqu'il y en a, est elle-même en raison directe du temps que la masse a mis à se coaguler. On comprend par là pourquoi il meurt plus tôt et se coagule promptement lorsqu'il est tiré de sujets faibles ou non malades, que de sujets forts ou atteints de maladie inflammatoire. L'auteur a déduit d'un grand nombre d'observations qu'il rapporte dans une série de tableaux cette conséquence importante que toutes les fois que, dans une maladie inflammatoire grave qui exige des saignées répétées, on voit, après un certain nombre d'évacuations, le sang se coaguler sur-le-champ, c'est là un signe d'intolérance, et qui indique qu'il faut s'arrêter, sous peine de tuer le malade; car un pareil phénomène doit faire penser que l'élément morbide inflammatoire est dissipé, et que les symptômes que le malade présente ne réclament pas l'usage de la saignée. M. Polli insiste sur ce criterium comme moyen explorateur pour le diagnostic et pour l'indication thérapeutique dans es cas douteux où les symptômes fonctionnels ne paraissent pas suffire pour dicter la prescription, comme dans les convalescences, dans des cas de congestions apoplectiques, de paralysie, de plogoses profondes, occultes ou dou-

teuses, de fièvres larvées, etc. Dans toutes les occurences, en un mot, où l'indication de la saignée n'est pas bien manifeste, l'auteur voudrait qu'on tirât un petit peu de sang dans un verre d'abord, qu'on bouchât la veine avec le doigt, et qu'on attendît quelques instans pour voir s'il tarde ou non à se coaguler, et déduire de là s'il faut en continuer l'écoulement, et dans quelle proportion. Si le sang se coagule sur-le-champ, il se pourrait que la saignée fût inutile ou dangereuse; il faut s'en abstenir ou ne la faire que petite. Dans le cas contraire, on la continuera avec d'autant plus de hardiesse que la coagulation a tardé à s'effectuer. Cela veut dire, en d'autres termes, que dans les maladies inflammatoires la durée de la liquidité du sang mesure l'intensité de la maladie, et par conséquent le degré ou la capacité de tolérance pour la saignée et la quantité de la diathèse. L'auteur déduit aussi de cette mesure comparative dans les saignées coup sur coup, la marche croissante ou décroissante de la maladie, et par conséquent la nécessité de se tenir ou non prêt à revenir au même secours. Quand on a dû s'arrêter, parce que la dernière saignée s'est coagulée immédiatement, il se peut qu'au bout de quelques jours le mal empire, et l'indication de la saignée se présente de nouveau; c'est alors surtout qu'il est essentiel de tenir compte de l'observation de M. Polli; car, d'une part, le sujet paraît faible par l'effet de la maladie, et l'on ne saurait point, *a priori*, jusqu'à quel point on peut tirer du sang sans nuire; de l'autre, il y aurait toujours à craindre de ne pas saigner suffisamment, et de rester au-dessous du mal. Nous avons eu dernièrement l'occasion de voir, dans un cas de maladie inflammatoire grave existant depuis quarante-six jours, et où la faiblesse apparente faisait appréhender les saignées répétées, combien les données ci-dessus étaient précieuses pour diriger le praticien, sans rien risquer, soit en saignant, soit en ne saignant pas.

Quand on saigne largement jusqu'à la syncope, le dernier sang tiré se coagule plutôt que le premier, par la raison que la vitalité est plus affaiblie par le fait même de la saigné; et s'il s'agit d'un sujet atteint de maladie inflammatoire, on verra, en mettant le sang dans une série de verres, dans les premiers rester plus longtemps liquides et contenir plus de couenne, et, dans les autres, cette déliquescence être graduellement de moins en moins durable à mesure qu'on approche de la fin de l'évacuation. Il suit de là une autre règle importante sur la quantité de sang à tirer dans chaque saignée. Il arrive quelquefois que les deux premiers verres restent liquides, ce qui indique une intensité très-grande de la maladie, tandis que le troisième ou le quatrième se coagule sur-le-champ, ce qui prescrit de s'arrêter, la tolérance se trouvant immédiatement épuisée, et l'on ne risque pas de trop saigner et de nuire, ainsi que cela arrive malheureusement trop souvent, d'après la pratique reçue, car on ne possède aucun diathésimètre pour s'arrêter à point. Il va sans dire, au reste, que le critérium en question ne s'applique qu'à l'état du moment, et ne prémunit aucunement de la marche ultérieure que la maladie peut affecter d'un moment à l'autre. L'auteur termine en rappelant les précautions qu'on doit prendre pour remplir les verres pendant le plein jet de la veine, et en dehors des circonstances accidentelles connues et qui favorisent la coagulation. M. Polli paraît attacher une plus grande importance à ce critérium qu'à celui qu'on déduit de la présence de la couenne; car la couenne indique, il est vrai, la nature de la maladie, mais elle est loin de faire connaître la tolérance de l'organisme pour la saignée, et par conséquent s'il faut ou non insister sur ce moyen, car il est beaucoup de cas où, malgré la couenne, on ne peut répéter sans danger l'évacuation sanguine, et l'on sait que, pour guérir une maladie inflammatoire, il n'est pas nécessaire de saigner jusqu'à ce que le sang cesse de donner de la couenne, tandis qu'il est urgent de s'arrêter du moment où il se coagule plus rapidement que dans l'état normal. Il ne faut pas oublier, en effet, que la couenne n'est que le résultat d'une modification telle de la fibrine qu'elle reste plus longtemps liquide que dans l'état normal, circonstance qui persiste quelquefois même après le déclin de la phlogose, etc. De sorte que la seule présence de la couenne n'indique pas la nécessité de répéter la saignée.

Purgatifs. — M. le professeur Forget (de Strasbourg) a contesté la doctrine que nous avions soutenue sur l'action dynamique des remèdes réputés purgatifs, c'est-à-dire qu'ils n'agissent sur l'intestin que par réaction consécutive à leur absorption. Selon M. Forget, il n'y aurait dans les différens actes qui préparent et déterminent les garde-robes liquides artificielles que des effets d'une simple titillation mécanique du remède sur la muqueuse. Un purgatif opérerait donc, selon lui, comme un petit caillou ou un brin de paille dans la bouche ou dans l'œil qui détermine une sécrétion abondante de salive ou de larmes. Nous avons combattu à notre tour cette manière de voir, parce que nous la croyons fausse, et qu'elle conduit à des applications erronées; nous nous sommes basé non sur l'autorité de Voltaire, de Pascal, ni de saint Paul, comme l'a fait le savant professeur de Strasbourg, mais bien sur des faits bien observés. Nous citons encore ici trois observations que nous empruntons à une grande autorité, préférablement à celles qui nous sont propres, et qui prouvent que la seule absorption cutanée suffit pour développer l'action élective des hypothénisans entériques. On comprend que le principe auquel nous rattachons les phénomènes conduit à des applications bien autrement larges et heureuses dans la pratique.

« Le sujet de ma première observation fut, dit Alibert, une jeune femme qui, à la suite d'un accouchement ordinaire, éprouvait une constipation que je voulais faire disparaître. Je fis le mélange d'un gros de rhubarbe et de douze grains de jalap, avec un peu de salive; ce mélange fut ensuite incorporé dans de l'axonge de porc. J'opérai moi-même plusieurs frictions sur le ventre de la malade, et elle fut copieusement purgée. Quelques jours après, elle éprouva encore des difficultés pour aller à la selle. Je la soumis au même procédé, qui, dans cette circonstance, n'eut plus le même effet, mais l'enfant qu'elle allaitait eut des évacuation alvines très-abondantes. — Pinel et moi, nous administrâmes ensuite, par la même voie, dans l'hospice de la Salpétrière, la rhubarbe et la scammonée, unies au suc gastrique de la chouette, à trois enfans affectés du carreau, et fortement constipés depuis plusieurs mois. Ils furent très-bien purgés. Nous déterminâmes, dans le même temps, un flux copieux d'urine, chez deux enfans attaqués d'hydropisie, au moyen de la scille pulvérisée. — Je fais administrer assez fréquemment à l'hôpital Saint-Louis, contre certaines affections cutanées, une pommade de tartre stibié, qui a pour l'un de ses effets d'exciter assez constamment des évacuations alvines, et de remplacer quelquefois les

purgatifs les plus efficaces. » (Alibert, Thér., t. 2.) Que devient-elle là la doctrine mécanique que caresse le professeur de Strasbourg ?

« L'ancienne routine plaît, dit Zimmermann, parce qu'il est plus aisé de faire ce que l'on a toujours fait ! — L'aveugle routine se fait goûter de la multitude, parce que tous les ignorans l'approuvent, et qu'il n'est que des médecins éclairés qui la condamnent ; en général, les hommes aiment assez rencontrer leur manière de penser les uns dans les autres. — L'aveugle respect que l'on a pour les anciens usages cause une indolence dans laquelle s'ensevelissent les plus précieux talens, une indolence qui empêche même de penser que l'on peut être dans l'erreur, et l'on ne fait que tomber d'une faute dans une autre. » (Zimmermann, Traité de l'Expérience, liv. 1, ch. 2.)

Combustion spontanée. — On lit dans le dernier numéro (mars) du journal de la Société Médico-Chirurgicale de Turin : — « La femme du professeur de musique du petit séminaire vient d'être trouvée consommée par les flammes. On attribue cet accident à une combustion spontanée occasionnée par l'abus des boissons alcooliques auquel cette dame était adonnée. » — La question à laquelle ce fait est rattaché intéresse la société et la médecine légale. On l'a souvent débattue, mais jamais, à ce que nous croyons, elle n'a été décidée d'une manière péremptoire. La première chose, c'est de constater la réalité des faits. Or, malgré la multiplicité des observations qu'on rapporte à l'appui de la combustion spontanée pendant la vie, on ne trouve pas, dans un examen sérieux, un seul fait bien concluant ; il ne s'agit partout que des faits incomplets, contestables, rapportés par ouï dire ou par supposition après coup. De sorte que malgré l'opinion des praticiens qui admettent la possibilité du phénomène et l'autorité des médecins-légiste qui dissertent à perte de vue, la question est encore aujourd'hui ce qu'elle l'était dans son origine. On s'imagine que chez les ivrognes l'excès d'alcool absorbé s'exhale par la peau et prend feu *durant la vie*, ce qui est absurde, car cela est contraire aux notions les mieux acquises sur les lois qui régissent les fonctions de l'organisme vivant.

On cite pour exemple la combustion spontanée qui a lieu dans les plantes, et dans les forêts, par l'effet du frottement ou par des réactions chimiques; mais, outre qu'on ne peut décider une question aussi grave par de simples analogies, on a oublié d'ajouter que cela ne se vérifie que sur des plantes que la vie a déjà abandonnées, étant déjà sèches et en voie de putréfaction. Nous avons rapporté nous même (t. 1. p. 112) une observation importante sur une des causes les moins prévues de la combustion spontanée des salles de spectacle et d'autres lieux, nous voulons parler des chiffons qui servent à essuyer les lampes, et qui, étant trempés d'huile, sont jetés sans précaution dans tel ou tel coin ou cabinet. Les huiles grasses absorbent l'oxigène de l'air et dégagent en même temps de l'acide carbonique; double phénomène qui ne s'effectue pas sans développement de calorique. Ce développement est tellement abondant quelquefois que le linge prend feu et il peut en résulter des malheurs; mais là où la vie existe, les lois chimiques n'ont pas d'empire ; les forces organiques règnent en souveraines, et relèguent au champ des morts les forces inorganiques. On peut trouver un autre exemple non moins remarquable de combustion spontanée dans le fait suivant. — « Dans les fabriques de papier, peu nombreuses maintenant, qui font encore usage de l'ancien système, on reçoit le chiffon brut, on le coupe, et on trie pour assortir les qualités indentiques, et on arrose les tas de temps en temps. Bientôt les tas s'échauffent, et vers leur centre, la température s'élève au moins à 30° ou 40°. Si on ne la surveillait pas, elle pourrait certainement aller au-delà, et monter au degré nécessaire pour produire une altération profonde, une véritable carbonisation du chiffon. Quand l'opération est bien conduite, la température se maintient à peu près uniforme dans toute la masse. Au bout de quelques jours, des champignons se développent çà et là sur le tas ; le liquide qui les humecte, qui d'abord était acide, devient alcalin; une odeur ammoniacale se fait sentir. Au bout de trois semaines, ce pourrissage est terminé. Son effet consiste sans doute à détruire ou à rendre soluble la plupart des matières qu'accompagnaient la cellulose. » (Dumas, Chimie, t. 6, p. 36.) Cherchez, en conséquence, autour des malheureux qu'on croit victimes d'une combustion spontanée, la cause de l'incendie de leurs vêtemens, et vous la trouverez peut-être en dehors de l'hypothèse qu'on s'efforce de faire valoir dans plusieurs ouvrages.

Cosmétiques. — « L'abus des cosmétiques entraîne pour la santé des inconvéniens qui ont excité les réclamations de tous les médecins instruits. J'ai vécu dans la société d'une femme célèbre par les qualités éminentes de son esprit, qui, par l'excès d'une coquetterie aussi préjudiciable que superflue, avait contracté la singulière coutume de se faire peindre tout le corps avec des substances colorantes. Cette femme, habituellement souffrante, est morte depuis quelque temps d'une affection grave, des absorbans cutanés. » (Alibert.)

Rétine. — Par une exception unique, la rétine de l'œil de la sèche (sepia) se trouve naturellement placée entre la sclérotique et la choroïde, au lieu d'être entre la vitrine (corps vitré) et cette dernière membrane. En d'autres termes, la rétine se trouve derrière la chroïde au lieu d'être au devant. Cette observation est due au grand Cuvier, mais J. Hunter l'avait faite avant lui, ainsi que cela résulte des préparations, qu'on voit encore dans son muséum, avec des dates précises. (Hunter, *OEuv. comp.*, t. 1, p. 194).

Corps étranger dans les bronches chez un enfant nouveau-né. — Un enfant, âgé de deux mois, était sur les genoux de sa mère, occupée à nettoyer des haricots ; tout à coup il est pris d'une toux convulsive, revenant par accès et suivie chaque fois d'un calme parfait. A l'examen, il offre : face pale, regard fixe avec expression de souffrance, respiration difficile reconnaissable au mouvement des ailes du nez, pas de fièvre, l'auscultation n'accuse rien d'anormal. Au moindre mouvement, il survenait une quinte de toux suffocante, l'enfant se penchait en avant, et il ouvrait une large bouche comme pour vomir. Des hypothèses diverses ont été avancées sur la nature du mal : sangsues, vésicatoires vomitifs. On soupçonne un corps étranger ; on ouvre la trachée, mais on n'obtient rien ; l'enfant est mort. A l'autopsie, on a trouvé sur la bifurcation des bronches un haricot blanc, gonflé, entouré de pus et de fausses membranes ; poumons hépatisé. (*La Clinique de Marseille.*)

CLINIQUES CHIRURGICALES.

—

Hôpital de la Pitié (M. LISFRANC).

HYDROCÈLE TESTICULAIRE. — *Remarques pratiques.* — A propos d'un malade atteint d'hydrocèle, qu'il vient d'opérer par l'injection vineuse, M. Lisfranc s'est livré à quelques considérations qui offrent un véritable intérêt pratique. Il a fait remarquer d'abord qu'il était très-important d'ajouter au vin chaud, avant de l'injecter, un quart ou un tiers d'alcool; c'est ce qu'il a fait en effet chez ce malade. Il a ensuite fixé l'attention sur la conduite à tenir pendant l'injection, suivant que le malade accuse ou non des douleurs vives. Il est, comme on sait, des sujets qui accusent une douleur excessive après la première injection; ils éprouvent des mouvemens désordonnés, presque convulsifs, et offrent de la pâleur, de la sueur froide. On est alors porté à s'arrêter à la première injection, la douleur faisant présumer que la réaction sera assez vive pour emmener l'oblitération de la poche hydropique. Il n'en est rien cependant, le mal se reproduit constamment; Dupuytren et M. Lisfranc s'en sont assurés maintes fois, de sorte que si on s'en laissait imposer par ces apparences, l'opération serait en pure perte, ce qui est désagréable surtout dans la pratique civile. Il faut donc, malgré la douleur, procéder à une seconde injection, de la durée de cinq minutes, comme la première. Dans cette occurence, néanmoins, il importe de tenir avec précaution la canule et le patient, car l'instrument pourrait être arraché pendant un mouvement inattendu. Dans le cas, au contraire, où l'injection ne produit aucune douleur, il ne faut pas s'inquiéter de ses suites, l'expérience ayant appris qu'elles sont constamment heureuses, si on a, bien entendu, la précaution de répéter trois fois l'injection alcoolique. A ces remarques, M. Lisfranc en a ajouté une autre non moins intéressante; elle est relative à la présence ou à l'absence de secrétion liquide dans la vaginale après l'injection. Lorsque le vin chaud a agi assez vivement dans les tissus, le lendemain et les jours suivans on trouve bien les bourses gonflées et rouges, mais sans fluctuation liquide: ce gonflement tient aux parties molles; dans ce cas, M. Lisfranc a observé que la guérison est très-prompte, en dix ou douze jours environ; tandis que quand un nouvel épanchement se fait le lendemain de l'opération, ainsi que cela a lieu le plus souvent, la guérison se fait attendre plus longtemps; elle n'est pas complète avant les 25e jour; c'est qu'il faut alors attendre que la nature opère la résorption du nouveau liquide avant d'opérer l'oblitération. M. Lisfranc a pour pratique, dans ce dernier cas, de faire une seconde ponction, et il a observé que cela hâtait singulièrement le travail d'adhérence des séreuses. On comprend, en effet, que la secrétion qui succède à l'injection, si elle est abondante, tient à ce que la réaction inflammatoire n'a pas été assez intense pour produire immédiatement des fausses membranes au lieu d'une sérosité plus ou moins plastique; aussi la seconde ponction évacuatrice ne peut qu'aider la nature dans le but de la guérison, car elle permet aux membranes de se rapprocher et de contracter promptement des adhérences.

ANUS CONTRE NATURE. — *Procédé nouveau.*—Une femme dont nous avons déjà parlé, âgée de 50 ans passés, portait un anus contre nature à l'ombilic, par suite d'une hernie étranglée. Une grande partie des matières fécales sortaient par cette ouverture, et la malade était dans un triste état. M. Lisfranc attaqua cette infirmité à l'aide de l'entérotame de Dupuytren, et réduisit ainsi l'ouverture de plus de moitié ou des deux tiers; les matières ont pris depuis leur cours naturel, excepté une partie des liquides stercoraux, qui a continué à sortir par l'ombilic. La santé de la femme s'est considérablement améliorée, et l'ouverture anormale s'était réduite aux dimensions du calibre d'une plume à écrire. Deux fois consécutivement, M. Lisfranc avait essayé l'oblitération complète de cette ouverture à l'aide de la suture sanglante; mais des accidens graves de péritonite, et des érysipèles avaient mis la vie de la malade en péril et enlevé le bien qu'on avait espéré de ces tentatives. Cette malade était restée ainsi l'hôpital depuis longtemps. Dernièrement, M. Lisfranc s'y est pris d'une autre manière pour atteindre ce but, il lui a appliqué le procédé de l'excision rayonnante que Dupuytren employait contre le prolapsus rectal. Il a donc circonscrit l'ouverture ombilicale par quatre incisions en croix, et enlevé avec les ciseaux courbes quatre feuillets lancéolés de la peau environnante, se prolongeant jusque dans l'ouverture accidentelle. Les quatre petites plaies ont été abandonnées à la suppuration, et l'on espère que la coarctation qui doit suivre leur cicatrisation emmènera l'oblitération de l'anus contre nature. Aujourd'hui les plaies suppurent bien, et l'écoulement stercoral a déjà considérablement diminué, il est même réduit à très-peu de chose, et tout fait espérer que cette opération sera suivie d'un plein succès. C'est, comme on le voit, une heureuse application nouvelle d'une idée déjà connue.

— La science possède déjà plusieurs cas de guérison d'anus contre nature à l'aide de la suture. Nous en avons nous-même rapporté un exemple remarquable (t. I, p. 223). Celui de M. Lisfranc offre une ressource nouvelle d'autant plus importante, que dans dans ce cas la suture avait échoué.

CANCER AU SEIN. CAS COMPLIQUÉ. OPÉRATION DÉLICATE.— Une femme âgée de trente et quelques années, de constitution un peu lymphatique, taille plutôt petite, embonpoint moyen, assez bien portante, au reste, portait un cancer au sein gauche. La tumeur était dure, peu mobile, et offrait le volume d'une orange de grosseur moyenne. La peau qui la couvrait était adhérente, de couleur violette, épaisse, tubéreuse, et sur le point de s'ulcérer; la base offrait aussi quelques tubercules distincts dans la peau. La cavité axillaire correspondante présente une multitude de ganglions engorgés, circonstance grave et qui complique singulièrement l'opération. M. Lisfranc a commencé par enlever la tumeur du sein en la circonscrivant entre deux incisions; comme la base adhérait au fascia qui couvre le grand pectoral, il a fallu la disséquer avec précaution pour ne pas emporter ce muscle, qui était lui-même très-mince; les ciseaux courbes et les doigts de l'opérateur ont très-bien servi pour cette ablation. Ces conditions ont rendu la dissection un peu longue et plus douloureuse que de coutume; mais il s'agissait moins à faire vite qu'à bien faire,

Un aide a tordu les vaisseaux à mesure qu'ils étaient ouverts. — On passe maintenant aux ganglions axillaires, opération difficile, délicate et dangereuse à la fois. Un aide maintenait le bras, tantôt horizontalement, tantôt verticalement, afin de découvrir la cavité axillaire et de relâcher les muscles de la région; un autre aide, placé derrière la tête de la malade, comprime l'artère axillaire, la veine et les nerfs correspondans dans le creux de l'aisselle ou à la parti supérieure du bras, afin de les empêcher de se déplacer, de descendre et de se présenter contre les instrumens pendant les tiraillemens qu'on va exercer sur les petites tumeurs. M. Lisfranc essaie d'abord d'atteindre les petites tumeurs les plus basses en introduisant son doigt indicateur dans l'angle supérieur de la plaie du sein; en refoulant le tissu cellulaire, il arrive bien vers l'aisselle, mais les tumeurs ne peuvent être atteintes; il a donc pratiqué une incision, de 9 à 10 centimètres de longueur, de haut en bas, sur la direction des ganglions, et allant rejoindre l'angle supérieur de la plaie du sein; les deux lambeaux disséqués ont permis de découvrir une grande partie du creux axillaire. Alors l'opérateur a saisi, l'un après l'autre, avec ses doigts, les petites tumeurs, les a tirées fortement à lui comme pour les arracher; puis, à l'aide de petits coups de ciseaux courbes, il a divisé, l'une après l'autre, chaque coque fibreuse correspondante à chaque ganglion, et les petites tumeurs ont été ainsi successivement énuclées et enlevées; il y en avait au moins une vingtaine de volume variable, depuis une petite noix jusqu'à un pois. Il a fallu poursuivre ces chapelets sous la peau avec le doigt indicateur, qui servait à les découvrir et à les attirer au dehors jusqu'à une hauteur prodigieuse. On est arrivé, d'une part, jusqu'à la tête de l'humérus; d'autre part, jusqu'au-dessous de la clavicule, et, d'un autre côté, sous le grand pectoral. Il en est ainsi résulté des décollemens inévitables, véritables tannières cancéreuses, d'une grande étendue, malgré qu'on ait agi avec le plus grand ménagement possible. On s'imagine à peine, à moins d'avoir été présent comme nous, les difficultés qu'il a fallu vaincre et les dangers qu'il a fallu éviter pour nettoyer à fond la région claviculo-axillaire de toutes ces dégénérescences ganglionnaires, qui, au surplus, n'étaient probablement pas toutes cancéreuses; mais il fallait toujours les enlever. L'examen extérieur n'avait pu faire découvrir tous les ganglions; mais, après chaque extirpation, le doigt reporté dans le fond découvrait de nouvelles duretés. L'artère axillaire se trouvait à découvert, on la voyait battre. L'opération a été longue, pénible et douloureuse, mais la malade l'a très-bien supportée. Un assez grand nombre d'artères ont dû être tordues. L'opérateur a terminé en attaquant les tubercules cancéreux qui se trouvaient autour de la plaie du sein; pour cela, il a renversé les bords de la plaie et énuclée les tumeurs du côté du tissu cellulaire.

— La partie la plus importante pour la pratique dans ces manœuvres, c'est le système suivi si habilement par l'opérateur, de ne pas porter de bistouri dans un lieu si dangereux, de se servir de ses doigts comme de crochets, de diviser seulement la coque de chaque ganglion avec la pointe de ciseaux courbes et d'énucléer, ou arracher les parties qu'il fallait enlever. Cette manière d'agir a contribué à prévenir un grand écoulement de sang. La plaie a été pansée à l'ordinaire. Nous reviendrons sur ce fait important.

FRACTURE DE LA CLAVICULE. CAS DIFFICILE. APPAREIL NOUVEAU. — Un homme portait une fracture comminutive de la partie moyenne de la clavicule du côté droit. Le déplacement des fragmens était très-prononcé; ils se dirigeaient à haut, à angle obtus, et formaient une saillie très-prononcée et douloureuse sous la peau. On a essayé l'appareil de M. Mayor, sans résultat avantageux; puis celui de Desault, qui n'a pas mieux réussi; ce dernier produisait une sorte d'asphyxie, et au total il n'empêchait pas le déplacement de se reproduire. On a alors appliqué l'appareil suivant, qui paraît remplir parfaitement le but. Une petite alèze pliée en cravate, de la largeur de la paume de la main, a été passée en huit de chiffre autour des aisselles et du dos. En posant d'abord sa partie moyenne entre les omoplates, puis en passant les deux chefs autour des épaules et des aisselles, on est venu les croiser au point d'où on était parti, c'est-à-dire au dos. Ces deux chefs, pour être bien fixés, ont été noués sur un paillasson plié en double qu'on a appliqué entre les omoplates. Enfin, un bandage de corps ordinaire a servi à fixer, par des points de suture, le bord inférieur de la grande cravate en 8 de chiffre. On conçoit que cette espèce d'alèze fixée sur un coussin doit agir sur les épaules, à l'instar d'un homme qui, placé derrière le patient, lui appliquerait un genou entre les épaules, et tirerait avec ses deux mains les aisselles en haut, en dehors et en arrière; c'est précisément tout ce qu'on désire pour la réduction et la coaptation exacte. Cette espèce de bandage paraît réellement très-énergique, il ne se relâche pas aussi facilement que les bandes, et la largeur de la cravate embrassant toute l'aisselle et l'épaule paraît dominer toute la région lésée. On avait, il est vrai, employé pour la fracture en question un 8 de chiffre en courroie, qu'on serrait avec une boucle entre les omoplates; mais l'effet d'une large cravate, disposée comme nous venons de dire, est bien autrement énergique et simple. Aucun coussinet n'a été appliqué sous l'aisselle. On pourrait peut-être faire quelques objections au coussinet dorsale employé par M. Lisfranc; cette espèce de bosse de chameau donne effectivement au malade une apparence passablement singulière, et doit l'empêcher de se promener dans le jour, et elle doit aussi s'opposer à ce qu'il reste bien couché sur le dos, position indispensable pour ne pas relâcher les tours de l'alèze.

FRACTURE IRRÉDUCTIBLE DE LA JAMBE. — *Déplacement singulier.* — Un homme âgé d'une cinquantaine d'années est tombé dans une carrière et s'est fracturé la jambe gauche dans son quart inférieur. Le fragment supérieur a percé la peau et est sorti de quelques centimètres au dehors, à la face interne du membre, à travers une large plaie de dix à douze centimètres de diamètre; et à une petite distance de la malléole interne. L'os sorti était en biseau très-aigu, mais couvert de son périoste. M. Lisfranc, voyant une large plaie et un os saillant aussi peu volumineux, fait exercer les tractions d'usage pour la réduction, lui, exerçant de son côté une coaptation convenable; mais on a eu beau tirer, étendre, coapter en différens sens et avec de grandes puissances, les fragmens sont restés inébranlables. Cette inamovibilité inusitée a étonné; M. Lisfran

examine alors attentivement les fragmens, les explore avec son doigt passé dans la plaie, et s'aperçoit qu'ils sont *croisés*, c'est-à-dire que le bout inférieur du fragment supérieur qui devait se trouver en arrière et chevaucher dans le sens de la division oblique se trouvait en avant, et *vice versa*, pour le bout supérieur du fragment inférieur; de sorte que la face correspondante à la division osseuse du fragment supérieur était venue se placer sur la face opposée du fragment inférieur. On comprend par là comment les deux fragmens arcboutaient l'un contre l'autre, de telle sorte que, plus on tirait sur le fragment inférieur, plus cet os s'élevait et se serrait contre l'autre; aussi restait-il inébranlable. Cette disposition reconnue, il a suffi de prendre avec les doigts le bout du fragment supérieur, de le soulever et de le porter latéralement pour le faire glisser au-dessous de l'autre, et mettre les deux surfaces osseuses brisées dans la même direction. Une légère traction a alors suffi pour opérer la réduction. M. Lisfranc a nommé *déplacement croisé* cette manière d'être des fragmens; il pense que quelques fractures restées irréductibles, ainsi qu'on en trouve des exemples dans les Annales de l'art, pourraient bien se rapporter à cette variété de déplacement non mentionnée par les auteurs. Il se demande enfin si, en cas d'absence de plaie, on ne pourrait pas pousser le fragment avec les doigts en agissant contre la peau, de la même manière qu'il vient de le faire dans le fond de la plaie. Le malade a été saigné; on vise à lui conserver le membre.

Hôtel-Dieu. (M. Blandin.)

Résection du col de l'humérus. Circonstances rares. — Un jeune homme âgé d'une vingtaine d'années, constitution un peu lymphatique, taille élevée, embonpoint médiocre, est tombé et s'est fracturé l'humérus gauche en deux endroits, au col chirurgical et dans la diaphyse. On l'a traité en province, mais soit que la fracture du col ait été méconnue, soit qu'elle n'ait pu être contenue, cette fracture ne s'est réunie qu'avec chevauchement. Ce chevauchement était tel que le bout supérieur du fragment inférieur faisait une grande saillie sous la peau et se terminait en pointe. Cette pointe avait fini par enflammer, ulcérer, percer la peau et déterminer des douleurs continuelles; la fracture diaphysaire s'était bien réunie, mais le patient ne pouvait se servir de son membre ni travailler en aucune manière. Il a donc été envoyé à Paris pour être guéri. On croyait à une fausse articulation sur le lieu de la saillie des fragmens; M. Rostan, qui a adressé ce malade à M. Blandin, croyait, lui aussi, à l'exactitude de ce diagnostic, et M. Blandin qui l'a examiné l'a reçu comme tel; à l'examen, en effet, cette portion du membre semblait suivre certains mouvemens, et l'on était porté à attribuer ces mouvemens à une fausse articulation. M. Blandin l'a donc préparé à une opération, la résection. Il a pratiqué un lambeau dans le deltoïde, comme pour l'amputation du bras dans l'épaule, et mis le fragment à découvert; il a été alors surpris de trouver une fracture réunie vicieusement au lieu d'une fracture non réunie. Il s'est en conséquence contenté de pratiquer l'excision de la portion saillante, dont la longueur était de cinq à six centimètres, et à réunir la plaie par première intention. La capsule articulaire n'a point été ouverte. Ce malade a été opéré il y a un mois environ, et il est guéri aujourd'hui; il peut remuer parfaitement son membre, puisque l'articulation scapulo-humérale est restée intacte; son bras, mesuré, a offert un raccourcissement de sept centimètres, ce qui ne l'empêchera pas de reprendre sa force et son agilité; on sent encore le cal saillant de la fracture diaphysaire.

— Nous ne sachons pas que la résection à la suite de fractures aie jamais été pratiquée dans ces circonstances. Il s'agissait en effet d'une fracture parfaitement réunie, mais avec un chevauchement tel que l'un des fragmens venait heurter, blesser la peau et agir comme une exostose pointue pourrait le faire. Il importe de noter d'abord l'apparence de la lésion, capable de faire croire à une fausse articulation, à cause sans doute de la mobilité du fragment supérieur et de ses parties adjacentes (omoplate, clavicule). Remarquons ensuite la solidité de la réunion malgré le chevauchement extrême des fragmens. On comprend à peine au reste comment les choses aient pu être abandonnées à ce point; il est probable que dans les commencemens les parties pouvaient être réduites, mais on sait qu'à la campagne on est quelquefois traité de ces lésions par des rebouteurs, ou bien on ne se fait panser par l'homme de l'art qu'une ou deux fois sans plus le consulter; aussi la fracture supérieure a pu se passer inaperçue. L'humérus se trouvant divisé en trois parties, le fragment mitoyen a pu être aisément déplacé par l'action musculaire. Au point de vue thérapeutique, la résection pratiquée par M. Blandin offre un très-grand intérêt.

Résection du tibia. Fracture mal réunie. — Un homme de la campagne, de quarante ans environ, avait eu depuis longtemps les deux os de la jambe gauche fracturés; il n'avait pas été traité, à ce qu'il assure, et les fragmens se sont réunis presqu'angulairement, de telle sorte que le tibia présentait vers le milieu du front de la jambe une saillie très-prononcée en arc de cercle. Cette saillie comprimait fortement la peau, l'enflammait et l'ulcérait. Plusieurs fois, le malade était entré à l'Hôtel-Dieu pour cette ulcération douloureuse qui l'empêchait de travailler et de marcher, son membre lui étant inutile; et plusieurs fois on l'avait soulagé par le repos et des pansemens méthodiques; mais enfin, las de son infirmité, il a réclamé une opération décisive. M. Blandin lui a donc enlevé avec la scie la portion difforme du tibia, en divisant cet os sur deux points, à la distance de douze centimètres environ l'un de l'autre. Cette distance était beaucoup moins grande vers la face profonde de l'os, qui était courbe. Il en est résulté une plaie assez large, qui suppure bien aujourd'hui et offre une assez bonne apparence. Le membre a été placé dans une gouttière en fer-blanc; les surfaces sciées commencent à se couvrir de bourgeons; le bout supérieur du fragment inférieur est encore saillant, mais on le fera aisément basculer en arrière, en élevant le talon quand il en sera temps. M. Blandin espère que le nouveau tissu fibreux qui doit réunir les deux fragmens finira par s'endurcir assez et s'ossifier à la longue pour permettre à la station et à la démarche de s'effectuer sans souffrance; dans tous les cas, on aidera pendant long-temps les fonctions du membre, au moyen d'une bottine convenable. Le péroné est resté intact et servira d'attèle aux deux fragmens du tibia.

— M. Blandin ne s'est décidé à une opération aussi sérieuse que sur l'autorité de quelques cas analogues que la science possède. Que faire, d'ailleurs, d'un membre dans de pareilles conditions? L'amputer, c'eût été bien autrement grave. Nous avons vu cependant M. Gerdy pratiquer avec succès l'ablation

d'une tranche horizontale du tibia, de la longueur de 12 à 15 centimètres environ, dans un cas, non de fracture mal réunie, mais d'affection organique profonde de l'os; la portion enlevée pouvait être comparée à une tranche de poitrine de canard, et qu'on appelle vulgairement *aiguillette*. Ce fait, nous l'avons consigné dans un des premiers numéros de ce journal (t. 1, p. 148). Nous nous demandons si une opération de cette espèce ne serait pas praticable dans certains vieux cals difformes avec plus d'avantage que la résection complète, surtout lorsque cette résection doit laisser un grand vide, comme dans le cas en question. Il est clair qu'en opérant d'après la méthode de M. Gerdy, la couche profonde de l'os restant servirait heureusement de nucléon au nouveau tissu ossifiant, et l'on ne serait pas exposé à avoir une fausse articulation, comme cela peut arriver après la résection complète. C'est là un sujet digne de la méditation des chirurgiens. Nous reviendrons, au reste, sur le fait important de M. Blandin.

FRACTURE DE LA JAMBE DIFFICILE A CONTENIR. — DOUBLE SYSTÈME D'ATTÈLES.—Un homme portait une fracture oblique complète vers le tiers inférieur de la jambe; les fragmens ont offert des difficultés très-grandes à contenir; les appareils ordinaires ne pouvaient empêcher le déplacement et une saillie considérable sous la peau de l'un des fragmens. M. Blandin a eu l'heureuse idée d'employer un double système d'attèles; il a placé d'abord, en contact avec la peau, deux attèles latérales enveloppées de linge; l'une, en dehors, assez longue pour dépasser le talon; l'autre, en dedans, plus courte, et s'étendant jusqu'au-dessus de la malléole. Ces deux premières attèles avaient pour but de pousser le pied en dedans, cette position ayant paru la seule capable de coapter convenablement les fragmens. Par dessus on a placé l'appareil ordinaire de Scultet, avec les trois attèles comme de coutume, et les choses paraissent marcher parfaitement. Il est probable que, sans ce mécanisme ingénieux, le fragment saillant aurait fini par perforer la peau.

— On le sait, de grandes questions pratiques restent encore à résoudre dans le traitement des fractures. Dans celles de la partie inférieure de la jambe, l'une d'elles est relative à la contention exacte. Il faut en convenir, il est des cas de cette espèce où les appareils ordinaires échouent, et la preuve, c'est qu'on cherche encore de nos jours des mécanismes contentifs divers. M. Malgaigne a proposé dernièrement un système sanglant que personne n'adoptera probablement. L'idée si simple de M. Blandin est donc digne de considération. Nous devons ajouter que plusieurs praticiens sont partisans de l'extension continue dans ces cas, et, ainsi que nous avons eu l'occasion de le dire, on préfère assez, à cause de sa simplicité, l'appareil de M. Saint-Martin-Gontier, approuvé par l'Académie de Médecine. Au surplus, les fractures, même les plus simples en apparences, de la partie inférieure de la jambe, intéressent vivement encore sous le rapport de l'impuissance qu'elles occasionnent assez souvent par la transmission de leur travail phlogistique à l'articulation du pied.

FAITS DIVERS. — 1° *Coxarthrocace.* — Chez deux jeunes personnes atteintes de coxalgie ou coxarthrocace qui se trouvent en ce moment à l'Hôtel-Dieu, M. Blandin fait, indépendamment des remèdes ordinaires, maintenir le membre et le tronc dans une extension continue à l'aide de deux alèzes pliées en cravates et attachées, l'une au bas de la jambe, l'autre autour des aisselles, et fixées aux deux extrémités du lit. Ces malades se sont bien trouvées de cette fixation; chez l'une même, la tête fémorale, qui était déjà luxée, a pu être ramenée ainsi et fixée presqu'au niveau de la cavité cotyloïde; elle pourra peut-être y contracter des adhérences. On comprend l'utilité de l'immobilité dans cette affection.

2° *Tumeur blanche à l'articulation tibio-tarsienne.*—On voit en ce moment un cas de cette nature guéri par résolution et ankylose, dans le service de M. Blandin, à l'aide de la méthode antiphlogistique. (Repos, sangsues, pommade mercurielle, cataplasmes.) Ce cas cependant avait semblé au prime-abord réclamer l'amputation; nous l'avions vu il y a deux mois, le résultat en est vraiment satisfaisant. Nous avons acquis la conviction qu'il est bien des tumeurs blanches qu'on pourrait soustraire ainsi à la chirurgie opératoire.

3° *Staphyloraphie.* — Dans un cas de division du voile du palais et de la voûte palatin, chez un jeune homme, M. Blandin venait de pratiquer avec succès la staphyloraphie. Les fils enlevés le troisième jour ont laissé une réunion parfaite qui persistait encore le jour suivant. Le cinquième jour cependant, la cicatrice s'est ramollie et s'est détruite tout d'un coup, sans cause bien appréciable à ce qu'on croit, et les choses sont revenues dans l'état primitif. Cet exemple doit faire redoubler de précautions pour assurer le repos pendant quelques temps, même après la levée des fils. M. Blandin se propose de répéter l'opération. Dans un autre cas analogue, il a réussi à la seconde tentative.

4° *Pied-bot valgus et pied-plat. Opération.* — Un jeune homme portait un léger valgus aux deux pieds, avec applatissement de ces membres (pied-plat). M. Blandin lui a coupé les tendons des deux péroniers latéraux et de l'extenseur commun, d'après la méthode sous-cutanée. Les pieds ont pu être parfaitement redressés, et leur voûte plantaire s'est reformée par le seul fait de l'opération. Pour entretenir ces bienfaits, M. Blandin a fixé ces membres convenablement, à l'aide d'un bandage roulé dextriné. Un tuteur les a maintenus en attendant le dessèchement de ce bandage. Il est probable que ce malade marchera bien, si on en juge d'après la bonne conformation actuelle des pieds.

5° *Infection purulente.* — Un individu avait essuyé des fractures multiples aux côtés, avec intropression de plusieurs fragmens et lésion du poumon. Crachement de sang, emphysème, puis pneumonie. On le saigne du bras. Le lendemain ou le surlendemain, frisson violent qu'on attribue à la pneumonie, sueurs froides, mort. On s'aperçoit alors que la piqûre de la veine du bras avait suppuré abondamment; le malade cependant ne s'en était pas plaint. M. Blandin a de suite annoncé que ce malade était mort d'une infection purulente, et que l'on trouverait des abcès multiples dans le foie. L'autopsie, en effet, a justifié en tout point ce diagnostic. Le foie qui a été montré à l'amphithéâtre offrait une quantité innombrable (peut-être plus de six cents ou mille) de petits abcès du volume d'un pois environ, à la surface et dans toute la substance de l'organe. Chacun de ces abcès était entouré d'une auréole marbrée, couleur lie de vin; la rate était ramollie, en putriage; le cœur également ramolli, mais à un moindre de-

gré; le sang déliquescent, noir et poisseux, comme dans l'empoisonnement par l'arsenic. La veine du bras a été trouvée pleine de pus jusqu'à une certaine hauteur, et son pus, mêlé à du sang, pouvait passer librement dans la circulation, emporté qu'il était par le courant des veines collatérales, qui aboutissaient dans la veine de la saignée. Par une singulière coïncidence, un autre individu est mort en même temps de la même affection, dans le même service; il avait eu une fracture comminutive de la jambe avec suppuration; il a été saisi subitement des mêmes symptômes, et est mort comme foudroyé. M. Blandin a porté le même diagnostic. L'autopsie a offert des abcès interlobulaires dans le poumon; le foie et la rate ont présenté seulement des taches pétechiales, marbrées, couleur lie-de-vin, taches qui précèdent toujours la formation des abcès métastatiques, et qui se seraient sans aucun doute converties en petits abcès, si le malade n'eût pas été enlevé aussi promptement. La rate était en putrilage; la veine fémorale était suppurée, et laissait, comme dans le cas précédent, le pus passer librement dans la circulation. M. Blandin a saisi cette occasion pour consacrer deux magnifiques leçons à cette redoutable maladie; il a exposé ses propres recherches, et prouvé, par des argumens pleins de valeur, la justesse de la doctrine qu'il a le premier professée sur ce sujet, c'est-à-dire que la source des accidens est toute entière dans l'entraînement passif du pus dans la grande circulation, ce qui donne lieu à une véritable intoxication purulente. Les considérations auxquelles s'est livré M. Blandin, à l'occasion de ces deux maladies, sont dignes du plus haut intérêt. Nous regrettons de ne pouvoir en reproduire tous les détails.

Hôpital de la Charité. (M. Gerdy.)

Ostéite chronique. Cas remarquable. — Un homme âgé de 33 ans est atteint de gonflement douloureux dans le tibia du côté gauche. Cet os est manifestement doublé de volume, surtout dans les deux tiers supérieurs; la peau qui le couvre est rouge, chaude, luisante, sillonnée par des veines tortueuses fort développées, particulièrement dans son tiers supérieur; elle offre par-ci par-là des traces d'anciennes cicatrices. Pas de fièvre. Un moxa avait été appliqué à la partie interne et supérieure, à peu de distance de la rotule. Le commémoratif a appris que l'ostéite tibiale s'est déclarée chez cet homme vers l'âge de onze ans, et qu'elle a toujours marché depuis, mais avec de longues intermittences de plusieurs années. De temps en temps, il a éprouvé des rechutes, toujours avec des douleurs intolérables dans l'os, et se terminant tantôt par des abcès avec ou sans nécrose partielle, tantôt par résolution. Dans le dernier accès, les souffrances étaient atroces; on lui a appliqué un moxa; les douleurs se sont amendées sur-le-champ, puis elles ont disparu promptement, et aujourd'hui, bien que l'ostéite soit encore intense, le malade ne souffre pas; son moxa suppure bien; repos, cataplasmes. M. Gerdy se propose de mettre ce malade à l'usage de l'iodure de potassium.

— Il résulte des nombreuses observations de M. Gerdy sur cette redoutable maladie que sa ténacité et sa réfractibilité à nos traitemens ordinaires est des plus désespérantes. Elle marche toujours, ou va et vient par saccades, pendant longues années, jusqu'à ce qu'elle se termine enfin par nécrose ou par dégénérescence maligne. On a beau lui opposer les saignées et autres moyens antiphlogistiques, si utiles ordinairement dans les phlogoses des parties molles, le mal persiste; M. Gerdy a essayé jusqu'à la térébration de l'os dans l'espoir d'en obtenir un dégorgement, le tout sans avantage. Le seul remède qu'il peut, après tant d'expériences, proclamer comme réellement efficace, surtout pour arrêter les douleurs si cruelles qui l'accompagnent, c'est le moxa, et c'est aussi le moxa que le malade en question a trouvé utile chez lui. Le iodure de potassium donnera-t-il de meilleurs résultats? Nous l'espérons. Il est en conséquence à désirer que la dose soit élevée à plusieurs grammes par jour et pendant longtemps. Nous avons vu des malades à l'hôpital de la Pitié en prendre jusqu'à six ou sept grammes par 24 heures, pour diverses maladies des os. Au point de vue pathologique, ce fait offre un grand intérêt comme type des caractères propres à l'ostéite qu'on avait si peu comprise jusqu'aux belles recherches de M. Gerdy.

Hyrocèle testiculaire. Injections d'eau alumineuse et de vin froid. — Deux individus viennent d'être opérés de cette maladie. Chez l'un, M. Gerdy a, après la ponction ordinaire, injecté une solution aqueuse d'alun, saturée, qu'on a répétée trois fois; chez l'autre, il a injecté du vin froid, également trois fois, dans la même séance, bien entendu. La réaction s'est opérée chez tous les deux à l'ordinaire, comme si on eût injecté du vin chaud; la réaction a même été trop vive chez le malade injecté au vin froid, et il a fallu la réprimer à l'aide d'une application de trente sangsues. La résorption du liquide consécutif à l'injection s'effectue à vue d'œil; pour hâter cette absorption, on tient la partie couverte d'un emplâtre de Vigo *cum mercurio*, et tout porte à croire que la guérison aura lieu aussi promptement que par d'autres injections. M. Gerdy a d'ailleurs obtenu les mêmes résultats avec une foule de liquides, y compris l'eau pure.

—Les personnes qui ne voient dans les remèdes que l'action locale doivent être étonnées qu'une solution saturée d'alun produise une réaction moins vive que le vin froid. Cela se comprend cependant, eu égard à l'effet dynamique que l'absorption locale doit produire dans les tissus injectés. Cet effet de l'alun étant hyposthénisant doit, par réaction, affaiblir l'effet chimique irritatif. D'un autre côté, on ne doit pas être surpris de voir le vin froid déterminer une plus forte réaction que le vin chaud; car ce qui agit principalement dans le but qu'on se propose ici, c'est l'alcool. Or, dans le vin qu'on a fait bouillir, l'alcool est parti, et il n'est pas tout à fait remplacé par le calorique, car on ne l'injecte pas très-chaud à cause de la douleur qu'il produirait. Nous avons toujours regardé l'addition de l'infusion de feuilles de roses dans le vin de l'hydrocèle comme une chose parfaitement inutile, sinon contraire au but chirurgical, et l'ébullition du vin comme un non sens. Les remarques ci-devant rapportées de M. Lisfranc sur ce sujet nous paraissent importantes, nous y renvoyons le lecteur. Nous continuons à enregistrer avec soin tous les faits relatifs au traitement de cette maladie, leur utilité nous paraissant incontestable dans un moment où des métho-

des et des procédés divers se partagent les suffrages des praticiens.

Amaurose. Séton. Hémorrhagie. — Une femme âgée de quarante ans environ, de mauvaise constitution, était entrée à l'hospice pour être traitée d'une amaurose apparemment congestive. On lui a appliqué un séton à la nuque. Au moment de cette application, il s'est fait un écoulement de sang assez abondant; on l'a arrêté facilement à l'aide de la compression. Le neuvième jour de ce séton, en tirant la bandelette à l'ordinaire pour le renouvellement du pansement, une hémorrhagie se déclare; on comprime autour du cou, mais le sang continue à couler; enfin, au bout de sept quarts d'heure d'attente et d'action, l'interne de garde, ayant vu que le sang continuait à couler et que la femme pâlissait, a demandé l'assistance d'autres internes. On a organisé un bandage compressif de la manière suivante : une pyramide de compresses a été appliquée sur le lieu du cautère, une longue bande a été dirigée en 8 de chiffre autour du front, de l'occiput et des aisselles. Les chefs, en se croisant derrière le cou et prenant leurs points d'appui à la tête et aux aisselles, ont pu être serrés au point convenable pour arrêter le sang sans exercer aucune constriction autour du cou. Cette espèce de bandage offre un intérêt pratique réel pour les cas analogues. On était d'ailleurs convenu qu'en cas que ce moyen eût échoué, on aurait coupé le pont de peau, mis la plaie à découvert, et lié les vaisseaux si on en aurait rencontré, ou cautérisé avec un fer rouge. Il est remarquable que, par suite de cette hémorrhagie, la vue de cette malade s'est singulièrement éclaircie.

— Bien que cette malade eût une constitution cacochyme et nerveuse, il n'est pas présumable que cette hémorrhagie tînt à un *molimen* symptomatique de l'état général, le même phénomène s'étant présenté parfois chez d'autres, précisément à l'occasion du séton à la nuque. Cette région étant très-vascularisée, on comprend qu'une artère de quelque calibre, lésée par l'instrument, ait pu, le huitième jour, redonner du sang à l'occasion du pansement. Ce fait est doublement instructif, et par le mode de compression employé, et par les bienfaits de l'écoulement sur l'amaurose. Les partisans de la révulsion l'attribueront sans doute à l'action du séton lui-même. Nous nous sommes cependant assuré que le séton à la nuque, s'il n'est pas nuisible, n'exerce absolument aucune action avantageuse réelle sur les maux d'yeux.

Faits divers. — 1° *Erysipèle phlegmoneux.* — L'érysipèle, soit simple, soit phlegmoneux, continue à ravager les salles chirurgicales de la Charité. Un homme, qui était entré pour être traité d'une excroissance épidermique à la plante du pied, venait d'être préparé à l'excision à l'aide de quelques topiques propres à ramollir le tissu corné, savoir l'ammoniaque et la potasse; il a été frappé d'un érysipèle phlegmoneux très-grave à la jambe du même côté. Grâce à de longues et profondes incisions que M. Gerdy a pratiquées dans les tissus malades, la gangrène sous-cutanée a été bornée, la suppuration et le dégorgement s'opèrent régulièrement, et le patient est aujourd'hui en voie de guérison. Un autre venait d'être opéré de la cataracte par extraction; un érysipèle à la face, aux paupières et au cuir chevelu menace de tout compromettre. On ne saurait trop, en ce moment, se tenir en garde contre cette fâcheuse complication de toutes les lésions chirurgicales.

2° *Fausse crépitation simulant une fracture.* — Un individu avait essuyé une forte entorse à un pied; des ecchymoses très-larges couvraient la partie externe et inférieure de la jambe. La compression avec les doigts sur cette partie accusait une sorte de crépitation, ce qui a fait croire à une fracture du péroné. Le lendemain, l'ecchymose était moins intense, et la crépitation moins prononcée. Dès lors M. Gerdy a compris que ce dernier phénomène était produit par le glissement et l'écrasement des caillots sanguins qui s'y trouvaient accumulés. Cette crépitation, en effet, a fini par disparaître tout à fait sous l'influence de fomentations résolutives, etc. La fracture avait semblé d'autant plus réelle qu'indépendamment de la crépitation, la compression déterminait un enfoncement par l'écrasement des caillots, comme dans les lésions traumatiques du cuir chevelu de la tête. Cette observation ne doit point être perdue pour la pratique.

Hôpital des Vénériens. (M. Ricord.)

Syphilis secondaire. — Un jeune homme, polonais, avait eu des chancres primitifs au frein et sur le gland, il y a six mois. L'un de ces chancres s'était induré, et avait persisté pendant quelque temps; mais il avait fini par guérir complétement, et aujourd'hui on ne retrouve sur les parties génitales aucune de ces duretés cicatrisées que les syphilographes appellent chancres indurés, ni d'autre lésion appréciable. Le malade avait été traité en ville de sa première maladie, à l'aide de l'iodure de potassium. Aujourd'hui, il vient à l'hôpital pour une éruption syphilitique aux lèvres et à l'anus. Le bord libre des lèvres est gonflé, couvert de croûtes, de duretés inégales et d'ulcérations spécifiques. A l'anus, il présente des végétations qu'on appelle muqueuses. Quelques ganglions engorgés sur les parties latérales externes et postérieures du cou. Pas de macules ni de boutons spéciaux à la peau, ni de ganglions aux aines. Les cheveux, cependant, tombent au moindre attouchement. M. Ricord a diagnostiqué une vérole à la seconde période, et prescrit le traitement propre à cette période de la maladie, savoir, des mercuriaux combinés à l'iode et au fer; 1 pilule de proto-iodure de mercure, 12 pilules de Vallet, tisane amère, pansemens avec la poudre de calomel. (Voyez le dernier compte-rendu.)

— D'après les idées que M. Ricord professe sur la syphilis, il est essentiel de reconnaître à quelle période de la maladie on a affaire, car le traitement est tout à fait différent à chacune des trois poussées de la vérole. Ainsi, pour les accidens primitifs, le mal n'étant que local, ce serait en pure perte, et au détriment même du malade qu'on ferait suivre un traitement constitutionnel spécifique; nous disons en pure perte, car, si le mal doit reparaître, ce traitement immédiat ne l'empêchera pas de suivre sa marche ordinaire. Tant que les accidens primitifs de la syphilis, c'est-à-dire du chancre inoculable, marchent à l'état simple, que l'érosion ne s'indure pas, le seul traitement local est la règle, et les choses s'arrêtent là sans retour, le plus souvent, lorsqu'elles se passent ainsi; mais, dès le moment où les bords du chancre s'indurent, le traitement mercuriel devient indispensable; que la cicatrisation locale s'opère ou non, que l'induration persiste ou disparaisse, comme chez l'individu dont nous venons de parler. L'induration indique donc le début de la seconde période, de l'infiltration du virus,

de sa propagation dans les parties adjacentes, et consécutivement dans toute l'économie. Il n'est donc pas nécessaire d'avoir des symptômes spéciaux dans des régions éloignés de l'inoculation pour établir le diagnostic des accidens secondaires, ces accidens se manifestant sûrement plus tard, et, s'ils sont légers, ils peuvent se passer inaperçus pour le malade, en attendant que la troisième période se déclare. On aura alors ce que M. Ricord appelle des accidens tertiaires, qui ont pour siége des tissus profonds, différens de ceux qu'intéressait la seconde période, et avec des caractères particuliers que nous indiquerons dans une autre occasion. Ici, ce n'est plus le traitement mercuriel qu'il faut, il serait insuffisant ; c'est le traitement ioduré exclusivement ; lui seul en triomphe sûrement, dans l'état actuel des connaissances. On voit donc combien il importe de reconnaître à quel ordre de phénomènes syphlitiques on a affaire, puisque les prescriptions sont subordonnées à ce diagnostic, et, partant, aussi la guérison. On voit également combien l'administration de l'iodure de potassium chez le malade en question avait été peu fondée dès le principe de la maladie locale ; on l'aurait probablement préservé de l'éruption actuelle si, dès le moment de l'induration, on lui eût administré convenablement les mercuriaux.

Il est remarquable que les phénomènes de la vérole secondaire se limitent exclusivement au système cutané externe et aux ouvertures des cavités muqueuses. On dirait que le virus, s'il ne s'épuise pas dans le lieu de l'inoculation, marche d'abord superficiellement dans la peau, en suivant la direction du système lymphatique et de la circulation capillaire périphérique ; il marche lentement, à l'instar du virus rabique, et paraît demeurer d'avantage surtout dans les ganglions de certaines régions, comme aux aînes et aux régions latérales et externes du cou, de la nuque, et même sous-maxillaires. En même temps que ce travail inter-dermique s'accomplit à l'insu du malade, des macules, de petits boutons, des vésicules se déclarent par-ci, par-là, aux membres et au tronc, des éruptions plus manifestes ont lieu aux ouvertures muqueuses, souvent à l'anus (végétations, etc.), à la bouche, ou même à ces deux ouvertures à la fois comme chez le malade ci-dessus. A ces ouvertures l'éruption est non-seulement plus manifeste, parce qu'elle est plus vive, mais encore plus durable, etc. Il n'est pas nécessaire pour le diagnostic que tous ces caractères existent à la fois. Le chancre induré sur le lieu de l'inoculation est le point de départ ; il existe encore, cicatrisé ou non, ou bien il a disparu. Dans le premier cas, on sent sur le lieu de la cicatrice une induration, un petit grain adhérent ou roulant sous les doigts ; ou bien il a pris l'aspect d'une végétation molle que les syphilographes appellent granulation muqueuse, et que M. Ricord nomme chancre devenu muqueux *in situ*, ce qui veut dire qu'il est passé à la seconde période avant de se cicatriser. Dans le second cas on ne trouve rien sur le lieu primitif, comme chez le jeune homme en question ; mais la forme des végétations aux deux ouvertures muqueuses et les ganglions cervicaux n'ont pu laisser de doute sur la médication spéciale qui lui convient.

Le caractère des ganglions cervicaux, qu'on doit à l'observation de M. Ricord, est extrêmement remarquable et important ; il est constant surtout chez les sujets jeunes jusqu'à l'âge de 30 ans, il l'est moins au-delà de cet âge. Chez beaucoup d'individus on compte une vingtaine de ces petits ganglions hypertrophiés, du volume variable d'un pois à une noisette ou une petite noix ; chez d'autres on n'en trouve qu'à peine quelques-uns très-petits. Même phénomène aux aînes. Cependant, ainsi que nous venons de le dire, ce phénomène, qui est propre à la seconde période, peut manquer, et il disparaît au reste aussitôt que le mal gagne les tissus profonds, en particulier le système osseux pour constituer la troisième période. Quant aux syphilides qui se rattachent incontestablement au système crypteux et capillaire de la peau, elles offrent des variétés nombreuses et pour le nombre et pour la forme ; il faut savoir les chercher et les reconnaître ; elles n'existent quelquefois qu'à l'état rudimentaire et clairsemées sur quelque parties du corps, le plus souvent au tronc. On peut souvent prédire la prochaine arrivée de cette éruption ou bien reconnaître qu'elle a existé et disparu comme les ganglions. Un jeune homme qui est actuellement dans le service de M. Ricord avait été traité de chancres primitifs il y a cinq ou six mois ; ces chancres s'étaient indurés ; on lui avait fait subir un traitement mercuriel, mais il avait été insuffisant pour arrêter le développement complet de la seconde période. Aujourd'hui, il porte des végétations muqueuses à l'anus, des ganglions cervicaux et inguinaux, des chancres sur le gland devenus muqueux *in situ*, et la peau du tronc comme semée de certaines saillies, ce qui énonce une éruption prochaine de syphilides. On se tromperait, nous le répétons, si l'on sortait ici des mercuriaux, comme on se tromperait pareillement si l'on s'arrêtait à ces moyens dans la troisième période, ou si l'on y avait recours dans la première. Nous avons voulu circonscrire sur un seul malade ces considérations pratiques de M. Ricord, qui s'appliquent à chaque lit de son service pour ainsi dire, afin de les rendre plus claires et plus saisissables. On croit connaître communément assez tout ce qui rattache à la vérole, parce que nos livres de chirurgie nous ont appris deux mots : *Mercure et syphilis* ; mais il y a bien loin de là à une étude approfondie et philosophique de tous les phénomènes de cette singulière affection, et telle que doivent l'entendre les médecins et les chirurgiens dignes de ce nom. Des écrits forts récents, y compris même ceux de M. Ricord, que l'académie a honorés de ses suffrages, se trouvent déjà vieillis par les nouvelles observations progressives de ce praticien, ou d'autres observateurs, au double point de vue pathologique et thérapeutique. Nous croyons rendre un véritable service aux praticiens en les tenant au courant de la marche progressive de cette branche importante de

thérapeutique dans l'hôpital spécial que nous suivons.

INCONTINENCE DES MATIÈRES FÉCALES. OPÉRATION. — Un jeune homme que nous avions déjà vu à l'hôpital Saint-Louis (service de M. Boyer) offrait une incontinence des matières fécales par suite de l'opération de la fistule à l'anus, que le patient disait avoir subie deux fois, en Amérique et dans un hôpital de Paris (autre que l'hôpital Saint-Louis). Des excisions considérables ayant été pratiquées dans la dernière opération, le tissu inodulaire avait acquis de telles adhérences périphériques, autour d'une grosse mèche dont on faisait usage, qu'à la fin les sphincters n'ont pu reprendre leurs fonctions, et l'anus était resté béant comme un trou dans un mur, qu'on nous passe cette expression. Les matières sortaient involontairement, et ce malheureux jeune homme, devenu *gateux* (nom donné aux paralytiques qui ne peuvent retenir les matières) dans la fleur de l'âge, voyait, par suite de cette infirmité, un triste avenir devant lui; il passait sa vie toujours couché, enveloppé dans une alèze, une atmosphère d'une fétidité repoussante. Il est sorti de l'hôpital Saint-Louis sans avoir subi aucune opération nouvelle, et il s'est fait recevoir dans le service de M. Ricord. Ce praticien a excisé la cicatrice circulaire et rapproché les parties à l'aide de la suture enchevillée; les parties ne se sont pas réunies; on les a donc abandonnées à la suppuration. Par suite de leur dégorgement, les bords raffraichis se sont assez rapprochés entre eux, pour ne laisser qu'une ouverture anale de dimensions modérées, et, chose importante, les sphincters ont pu reprendre leurs fonctions; de sorte que le malade peut déjà retenir à volonté non-seulement les matières solides et liquides, mais aussi les gaz. Nous ne sachons pas que cette espèce d'incontinence chez l'homme ait été signalée et surtout guérie. Cette observation offre donc un véritable intérêt pratique.

ÉRYSIPÈLE GANGRENEUX AU SCROTUM. — L'espèce d'érysipèle épidémique qui parcourt en ce moment les hôpitaux de Paris n'a pas épargné le refuge des malheureux blessés de Vénus. Nous signalions, dans le dernier numéro, un cas du service de M. Ricord où le mal avait gagné tout le péritoine; ce patient est mort; deux autres cas parfaitement semblables ont été observés dans le même service, depuis un mois, et, aujourd'hui, on y voit deux individus que l'érysipèle a frappé aux bourses; tout le scrotum et le fourreau de la verge ont été ainsi frappés de gangrène. Chez l'un, l'orage est encore pendant, la constitution est intéressée, et personne ne pourrait raisonnablement répondre de sa vie; M. Ricord a pratiqué de longues et profondes incisions, et saupoudré le tout de poudre de quinquina (pilules camphrées). Chez l'autre, les parties se dégorgent bien et sont en voie de guérison; les testicules sont à découvert et se couvrent de bourgeons charnus. Ils sont cependant entourés de plusieurs fragmens isolés de peau qui ont échappé à la mortification; mais le tissu cellulaire des bourses est tombé. M. Ricord se propose, lorsque le dégorgement sera plus avancé, de pratiquer une autoplastie en disséquant tous ces lambeaux, et en les réunissant de manière à couvrir les glandes séminales. Dans un cas de même espèce, le testicule était resté dénudé depuis longtemps, il s'était couvert de végétations abondantes, ainsi que cela a toujours lieu, et l'on avait pris le mal pour un fongus de mauvaise nature. M. Ricord a ébarbé toutes ces excroissances jusqu'à la coque du testicule, et formé à celui-ci une enveloppe confortable à l'aide des lambeaux de peau rétractés autour du cordon. Il en est résulté une sorte d'enveloppé étroite que ce chirurgien appelle plaisamment *scrotum à manche de pistolet.*

Hôtel-Dieu (M. Roux).

Dans notre dernière revue clinique, nous avons rapporté (p. 448) un cas d'anévrisme anastomotique de la substance du tibia, opéré par M. Roux, à l'aide de la ligature de l'artère fémorale. Nous devons dire aujourd'hui que ce malade va parfaitement. La tumeur a diminué de volume, ses battemens ont cessé complétement, les parois osseuses paraissent revenir sur elles-mêmes, la plaie de l'opération est presque cicatrisée, et tout fait espérer que ce malade guérira heureusement. Ce résultat, s'il s'effectue, rendra ce fait unique en son genre, ainsi que nous nous sommes efforcé de le prouver en rappelant tous les cas de même espèce que la science possédait jusqu'à ce jour. Nous devons également dire un mot d'un autre cas dont il a été question dans le même numéro (p. 442) d'une tumeur synoviale à la hanche et à la cuisse, prise et ouverte pour un abcès froid, par le même chirurgien. Les suites de cette ouverture n'ont rien présenté de fâcheux; la petite plaie s'est oblitérée et la tumeur est revenue aux dimensions premières. Les parties charnues étaient elles-mêmes engorgées. Ce malade est dans le même état; le point pratique à constater pour nous, c'était de savoir si cette ouverture d'une tumeur synoviale n'aurait pas occasionné des accidens.

ÉRAILLURE DE L'ARTÈRE POPLITÉE. — Un jeune homme, maçon, est tombé d'un échafaudage en roulant sur des poutres, des planches ou des échelles placées entre l'échafaudage et le sol. Il n'a essuyé aucune contusion profonde, ni plaie, mais son membre abdominal droit a éprouvé un mouvement violent d'extension; il en est résulté un épanchement considérable de sang dans le jarret et dans tout le mollet; ces parties sont gonflées, rénitentes, ecchymosées; l'espace poplité offre des battemens artériels, mais il est impossible de dire si ces battemens ne tiennent qu'à un simple déplacement de l'artère, par du sang qui existerait derrière elle, ou à un mouvement transmis par elle-même à une ecchymose qui la couvre. Quoi qu'il en soit, en comprimant l'artère crurale, la rénitence du mollet diminue un peu. Sans doute que ce sang pourrait, à la rigueur, émaner d'une artère collatérale rompue; en ce cas, le mal n'aurait peut-être pas de suites graves. D'un autre côté, ainsi que l'a fait remarquer M. Roux, si l'artère crurale est lésée, à moins que son éraillure ne soit extrêmement petite, la tumeur poplitée prendra un grand accroissement; cet accroissement existerait déjà dans le premiers instans, pour peu que le sang pût sortir avec quelque liberté; il y a donc quelques doutes dans la réalité de ce diagnostic, et c'est comme telle que M. Roux a présenté cette observation à l'attention des élèves; il a raconté le fait suivant qui est vraiment digne d'intérêt:

Un élève en pharmacie se laisse tomber dans une cave, sur un tas de bouteilles; il se blesse à la partie externe du jarret, avec un morceau de verre; le sang artériel coule en abondance; différens moyens mis en usage ne peuvent l'arrêter; Boyer et M. Roux voient le malade; ils présument que l'artère poplitée a pu être lésée, bien qu'ils n'aien pu s'assurer de la longueur de l'instrument fériteur ni de

la profondeur à laquelle il avait pu pénétrer ; ils pratiquent, en conséquence, la ligature de la fémorale vers le milieu de la cuisse ; mais le membre se grangrène, et le malade meurt sans qu'on ait pu songer à lui amputer la cuisse. A l'autopsie, on a trouvé que l'artère poplitée n'était point lésée, et que le sang avait émané d'une collatérale articulaire. Quelque temps après, M. Roux a rencontré un cas analogue ; dans le doute sur le véritable siége de l'hémorrhagie, il s'est contenté de débrider la plaie avec précaution et d'en temponner le fond ; le sang s'est arrêté et le malade a guéri. Ces faits ne doivent point être perdus pour la pratique.

Hopital Saint-Louis. (M. Jobert.)

PARAPLÉGIE PAR COMPRESSION. GUÉRISON INSTANTANÉE.— Un homme, encore jeune, portait une paralysie aux deux membres inférieurs et en même temps un abcès lombaire. Il était donc évident ou du moins très-probable que la paralysie se rattachait à la même source que l'abcès par congestion. M. Jobert a ponctionné la tumeur, et chose remarquable, la paralysie s'est dissipée presque instantanément. Ce résultat inattendu a dû faire penser que la moelle ou les nerfs qui en émanent devaient être comprimés par le pus de l'abcès. L'ouverture en est restée fistuleuse, mais la paralysie n'a plus reparu. M. Jobert présume qu'il s'agit dans ce cas d'un abcès par fusion tuberculeuse et nullement par carie, et il espère que le malade guérira, puisque les os ne sont probablement pas lésés. Nons omettons d'autres détails communs à ces maladies, et qui n'apprendraient rien aux praticiens instruits.

— La circonstance qui rend ce fait remarquable et rare, c'est la disparition de la paralysie par le seul fait de l'ouverture de l'abcès. Dans la maladie dite de Pott, la paralysie et l'impuissance génitale sont des phénomènes très-ordinaires, mais ils se rattachent à une sorte de lésion que l'art ne sait enlever promptement. On rencontre aussi ces symptômes dans la période avancée de la carie vertébrale, mais on sait que le mal est alors incurable. Le pronostic de M. Jobert est donc basé sur des données très-rationnelles et très-vraisemblables, et il rappelle les belles considérations de Delpech sur les fusées tuberculeuses. Il est remarquable, au reste, qu'une affection mécanique de la moelle ait pu chez ce malade durer plusieurs mois sans laisser de lésion dynamique durable sur un organe aussi délicat que celui-là.

FRACTURE COMMINUTIVE DE LA JAMBE. PLAIE. SÉPARATION D'UNE GRANDE PORTION DU TIBIA. GUÉRISON. — Un homme, âgé d'une trentaine d'années, constitution athlétique, a eu la jambe droite écrasée vers le tiers inférieur par une roue de voiture. Une plaie très-large existait à la partie antérieure et interne du membre ; le tibia était comme broyé ; plusieurs fragmens ont été extraits, et l'on s'est assuré qu'une longueur de neuf centimètres (trois pouces) du tibia avait été enlevée. Il en est résulté une plaie contuse et fort profonde des plus graves, les deux fragmens du tibia se trouvant d'ailleurs à une grande distance entre eux. En présence de ces désordres, l'indication de l'amputation semblait impérieuse ; cependant, confiant dans les bons résultats qu'il a souvent obtenus par le système conservateur, M. Jobert a cru devoir temporiser dans la mesure si grave de l'ablation, la bonne constitution du sujet faisant espérer d'ailleurs une guérison sans cela. Les choses ont tourné en effet vers le mieux, et aujourd'hui le malade est parfaitement guéri de sa plaie et de sa fracture. La consolidation est solide, et nul doute que ce malade marchera très-bien, quoiqu'en boitant. Le raccourcissement du membre n'est pas cependant très-considérable. L'appareil appliqué pendant le traitement a été la seule bottine de M. Jobert dont nous avons parlé dans un autre n° (t. 1. p. 145).

—Assurément, rien n'est plus ordinaire aujourd'hui qu'une guérison de fracture compliquée de la jambe, et nous nous serions abstenu d'en parler s'il ne s'agissait que d'une chose triviale, mais ce qui rend cette observation digne d'une attention spéciale, c'est la consolidation obtenue, malgré une perte de neuf centimètres du tibia. Pour notre part, nous devons avouer que lorsque nous avons vu ce malade, il y a plusieurs mois, échapper aux accidens primitifs de sa blessure, nous croyions qu'on n'aurait obtenu consécutivement qu'une fausse articulation ; mais la nature a été assez puissante chez lui pour vaincre tous les obstacles, et parvenir à une guérison réelle. Cette observation est précieuse, non-seulement comme applicable aux cas analogues, mais encore et surtout à certaines résections. Nous venons de rapporter, en effet, dans les colonnes précédentes, les détails d'une opération de ce genre, pratiquée par M. Blandin sur le corps du tibia. La portion réséquée a été de douze centimètres environ. On voit, par conséquent, qu'il y a là des chances probables de consolidation, et l'on peut dire que la guérison de l'accident du malade de l'hôpital Saint-Louis éclaire heureusement l'entreprise de l'opérateur de l'Hôtel-Dieu. Ce fait prouverait, enfin, que le nouveau cal est bien le produit d'une secrétion à laquelle concourent à la fois toutes les parties molles et dures de la région, et nullement d'une sorte d'anastomose des bourgeons des deux fragmens osseux, ainsi qu'on l'avait prétendu. Disons, enfin, comme un fait important, que, d'après les observations de M. Jobert, les fractures qu'on traite sans comprimer les parties par aucun bandage circulaire, ainsi qu'il le fait, se consolideraient beaucoup plus tôt que celles qu'on panse par les appareils ordinaires. M. Jobert nous a fait observer des fractures simples du bras, de la cuisse, de la jambe, consolidées déjà en deux ou trois semaines, ou même en moins de temps. Nous avons décrit ailleurs le système de pansement que suit M. Jobert ; rappelons seulement pour le moment qu'il n'emploie aucune bande, le membre est laissé à nu, il est étendu d'une manière permanente à l'aide d'une guêtre en peau et de courroies qu'on attache aux pieds du lit, s'il s'agit de la jambe ou de la cuisse ; et d'un bracelet garni également de courroies pour les fractures de l'avant-bras et du bras. La circulation se faisant ainsi librement dans les parties lésées, M. Jobert pense qu'on doit à cela les promptes consolidations qu'il obtient. Nous devons ajouter que les membres traités de la sorte ne paraissent pas moins bien, sous tous les rapports, que ceux qu'on traite par les méthodes ordinaires. On prévoit, cependant, qu'en ville, il faudrait une grande autorité person-

nelle, pour se permettre de n'employer que cela pour tout appareil.

Rétrécissement du rectum. *Débridemens multiples. Guérison.* — Une femme dont nous avons parlé dans notre numéro de janvier dernier (p. 375) portait plusieurs rétrécissemens dans le rectum. M. Jobert les divisa en plusieurs sens, à l'aide d'un bistouri boutonné, et dilata ainsi la cavité de l'organe. Il a pansé d'abord avec de grosses canules de gomme élastique, creuses, et légèrement couvertes de poudre d'alun calciné dans le quart supérieur de leur surface externe ; puis avec des mèches également aluminées ; enfin avec des mèches simples. La femme a beaucoup souffert, pendant les premiers temps, après chaque pansement ; un écoulement muqueux abondant s'est établi, espèce de catarrhe rectal artificiel, qui a dégorgé la muqueuse, et permis enfin aux mèches simples de passer librement. Aujourd'hui, troisième mois de traitement, la femme est parfaitement guérie de l'affection de l'intestin ; elle va à la garderobe naturellement et sans souffrance aucune ; on ne lui laisse les mèches que quelques heures par jour seulement, pour entretenir les bienfaits de la cure, et il est à remarquer qu'actuellement que la santé est revenue, les mèches ne sont plus tolérées ; elles provoquent de fausses envies d'aller à la selle, circonstance qui rappelle l'intolérance des organes, après la guérison, pour les remèdes mêmes qui les ont guéris. La femme a pris de l'embonpoint, de la force et de la fraîcheur. Pour compléter les détails de ce fait intéressant, nous devons ajouter que, par l'effet du rétrécissement, cette femme portait déjà une fistule vulvo-rectale, c'est-à-dire s'étendant depuis une grande lèvre jusqu'au rectum. Cette fistule s'est singulièrement rétrécie depuis la guérison du rétrécissement ; cependant elle existe encore, et M. Jobert tient la patiente en observation pour prendre un parti au besoin.

— Nous sommes bien aise de pouvoir donner le résultat de ce traitement comme complet. Il y a là, effectivement, un enseignement pratique important à retirer, c'est celui de l'innocence du débridement multiple et de l'avantage de l'action de l'alun. Peut-être que le même effet, après le débridement, aurait été obtenu pareillement par le seul usage des mèches simples ; cependant on sait combien sont précaires et peu satisfaisans les effets de la seule dilatation ; et, d'ailleurs, on comprend que l'alun exerce ici une double action sur la muqueuse malade, l'une cautérisante, l'autre dynamique. On peut probablement remplacer, au besoin, l'alun par le nitrate d'argent, ainsi qu'on l'a déjà fait.

Fistules urinaires. — Deux malades dont nous avons parlé précédemment sont encore dans le service de M. Jobert pour être traités de fistules urinaires. L'un a une fistule pénienne ; une première autoplastie, à l'aide d'un lambeau emprunté au scrotum, avait déjà amélioré son état ; le mal avait en partie reparu, le lambeau s'étant gangrené. M. Jobert vient de répéter la même opération il y a cinq jours. A la levée du premier appareil, les choses paraissent en bon état ; mais cela se maintiendra-t-il ? c'est ce qu'on ne peut encore assurer. Sonde en permanence dans la vessie par la voie naturelle. Malheureusement, ce patient a une constitution entachée d'une vieille vérole, et c'est peut être ce qui rend l'autoplastie plus difficile encore. Quoi qu'il en soit, nous devons faire remarquer que M. Jobert croit devoir persister encore dans cette voie de réparation avant de tenter la boutonnière et de détourner par là les urines, par la raison qu'il a déjà réussi de la sorte chez un autre malade, et que la boutonnière n'est pas, selon lui, chose innocente. Cette ouverture, en effet, se convertit aisément en fistule interminable. En preuve de cette opinion, il oppose le cas d'un autre malade couché à côté du premier, et qui portait des fistules multiples depuis la base du pénis jusqu'au périnée ; il a passé une sonde par cette dernière voie dans la vessie et les fistules antérieures ou supérieures se sont oblitérées ; mais celle par laquelle la sonde a été tenue en place et qui figure l'ouverture de la boutonnière persiste encore depuis plusieurs mois, malgré tout ce qu'on ait pu faire pour l'oblitérer. Ces observations pratiques nous paraissant avoir une valeur réelle dans cette question, nous avons cru devoir les reproduire.

Ganglions lymphatiques au cou. Extirpation. — Un jeune homme portait une masse de ganglions lymphatiques hypertrophiés à la partie supérieure du cou, au côté gauche et tout près du larynx. Leur ensemble formait une tumeur du volume d'un citron, mobile, indolente, sans changement de couleur à la peau. Leur développement datait de quatre ans. M. Jobert les a extirpés ; il les a relevés et fixés avec ses doigts, s'est assuré de leur position anatomique et les a mis promptement à découvert à l'aide de quelques coups de bistouri. Une érigne double a alors accroché cette espèce de chapelet, qui était plus profondément placé qu'on ne l'avait cru, et l'a en partie attiré au dehors. Ces ganglions étaient au nombre de cinq, le plus gros était comme un œuf de poule, les autres comme un œuf de pigeon, ils se tenaient entre eux. L'opérateur a commencé une dissection par petits coups dirigés toujours sur la poche d'enveloppe de chaque ganglion et de manière à porter le tranchant sur le ganglion lui-même, afin de ne pas léser de vaisseaux importans des environs ; il a ainsi dépouillé, en quelque sorte, ou énuclé l'une après l'autre les petites tumeurs ; avant de les exciser, les doigts de l'opérateur s'assuraient de la nature des tissus qu'on allait couper ; des vaisseaux assez volumineux ont été liés à mesure qu'on les divisait, et enfin tout le chapelet a été enlevé. La plaie a été profonde et large, le larynx et la carotide se sont trouvés à découvert ; elle donnait du sang en nappe ; on l'a arrêté sur-le-champ avec un gros morceau d'amadou. Un autre morceau d'amadou par dessus, de la charpie, des compresses et une bande, ont complété le pansement. La plaie s'est trouvée ainsi pansée par seconde intention. A la dissection sur table, ces ganglions n'ont rien offert de particulier. On a fait remarquer la capsule cellulo-vasculaire qui les enveloppe et les nourrit. Le parenchyme était de couleur jaunâtre, foncé et de consistance analogue à celle de la chair musculaire un peu macéré ; pas de matière tuberculeuse.

— Au point de vue pathologique cette dissection ramène l'attention à l'espèce de vie végétative, véritablement exubérante, que présentaient ces ganglions, sous l'influence d'un réseau vasculaire périphérique abondant. On les regarde comme des tumeurs froides ; sans doute parce qu'elles ne sont pas chaudes au tou-

cher ; mais il faut en vérité renoncer aux plus simples notions physiologiques, pour ne pas y reconnaître au contraire un travail hypersthénique des plus énergiques. Cette conversion de petits ganglions en une masse de tissu musculiforme, mou, manifestement animalisé, est vraiment étonnante. Ces apparences conduisent naturellement à la conception de la possibilité de la résolution de ces tumeurs, ainsi qu'on en a une foule d'exemples. Nous avions nous même l'année dernière traité en vain par une foule de moyens un personnage haut placé d'une tumeur de cette nature, du volume d'un œuf, sous la mâchoire; plusieurs consultations ont eu lieu ; enfin le mal s'est dissipé de lui-même par le retour de la belle saison et un voyage dans le Midi. Dans le cas de M. Jobert, cependant, le mal existait depuis quatre ans et il faisait des progrès. On sait que ces tumeurs peuvent devenir très-graves au cou, lorsqu'elles acquièrent un trop gros volume. Il importe, par conséquent, que la chirurgie prévienne ces résultats lorsque la médecine a été impuissante. Au point de vue de l'exécution, l'opération que nous venons de décrire est des plus délicates, et digne d'attention. Des dangers réels existeraient si l'opérateur n'était pas sûr de ces connaissances anatomiques, des précautions que le cas réclame et de l'habileté des aides.

FAITS DIVERS. — 1° *Amputation de la cuisse. Suture en bec-de-lièvre.* - Une jeune fille, âgée de vingt ans, robuste, portait une tumeur blanche au genou depuis plusieurs années, excessivement douloureuse; elle ne pouvait plus marcher depuis un an. Le mal cependant ne présentait ni d'abcès étendus ni de fistules, mais la douleur minait la vie de la malheureuse fille. M. Jobert a amputé dans le quart inférieur, immédiatement au-dessus des condyles; il a suivi la méthode de circulaire avec une dextérité, une promptitude et une précision remarquables. Le moignon était très-vasculaire; beaucoup de petits vaisseaux ont dû être liés. Une chose importante à signaler, c'est l'utilité de la suture en bec-de-lièvre, à l'aide d'épingles et de fils, que M. Jobert emploie au pansement. Il retient ainsi les lambeaux mollement et exactement rapprochés dans les quatre cinquièmes supérieurs. Trois épingles ont suffi dans ce cas, il les enfonce à quelques centimètres du bord de la plaie afin de réunir le fond, et il se garde bien de trop serrer les fils ; les bords de la plaie entrebaillent un petit peu en avant, il est vrai, puisque le fond est serré, mais cela n'a pas d'importance; on peut les rapprocher si l'on veut par des bandelettes, mais M. Jobert se passe entièrement de ce moyen, crainte d'érysipèle. Une grande plaque d'amadou cératée couvre la plaie, puis un peu de charpie, des compresses et une bande. Il va sans dire qu'avant d'enfoncer les épingles les chairs sont portées en bas à l'aide d'une bande circulaire à la cuisse, et les bords de la plaie rapprochés latéralement, à l'ordinaire. Ce mode de suture à bec-de-lièvre est suivi par M. Jobert dans toutes les plaies de quelqu'importance. Si on serrait trop les fils on pourrait mortifier les tissus; cette précaution est importante.

2° *Hydrocèle. Injection vineuse. Gangrène.* — Un jeune homme avait subi en ville l'opération de l'hydrocèle, à l'aide de l'injection vineuse. Les bourses se sont gonflées et gangrénées sur un point. Le testicule est découvert dans sa moitié inférieure, mais la gangrène s'est limitée, et les choses marchent rapidement vers une heureuse guérison. On se demande si cette gangrène est l'effet d'une infiltration pendant l'opération, ainsi que le malade l'affirme, à cause d'un mouvement très-brusque qui fit retirer la canule pendant l'injection ; ou bien d'une réaction inflammatoire trop vive. C'est, au reste, un fait exceptionnel, ainsi qu'on en compte dans tous les procédés employés, sans en exclure celui de M. Velpeau.

3° *Arrachement de la moitié du cuir chevelu.* — Un homme jeune et robuste a eu la tête froissée par une roue de voiture, lourde et accélérée (malle-poste); le seul froissement a suffi pour lui arracher toute la moitié droite du cuir chevelu, depuis le front jusqu'à l'occiput, et depuis la ligne médiane jusqu'à l'oreille; cette espèce de coiffe pendait comme une demi-perruque. M. Jobert l'a réappliquée toute saignante et fixée convenablement. Symptômes cérébraux très-graves; abcès sous le derme arraché; traitement antiphlogistique énergique ; guérison. Le recollement du cuir chevelu s'est fait parfaitement partout, et l'on ne voit aujourd'hui sur la limite des tissus non-arrachés qu'une cicatrice linéaire, longue et tortueuse, qui rappelle l'indication d'un fleuve sur un globe géographique. C'est un nouvel exemple de la bonté du principe déjà adopté de ne pas désespérer du recollement de certaines parties arrachées.

P. S. Le sujet amputé à l'épaule par M. Jobert, et dont nous avons rapporté les détails dans le dernier numéro, a offert à l'autopsie tous les caractères d'une infection purulante (phlébite suppuré avec entraînement du pus). Cela explique sa mort presque subite, le cinquième jour de l'opération, alors qu'il allait parfaitement d'ailleurs. — La femme qui portait un énorme abcès dans le ligament large de l'utérus (V. dernier numéro) est en pleine voie de guérison.

DOCUMENS CHIRURGICAUX.

PROCIDENCE UTÉRINE. — Chez les femmes atteintes de double luxation congénitale du fémur, on remarque souvent le prolapsus utérin, ce qui tient à la déformation du bassin, dont le détroit inférieur se trouve élargi et rapproché de la verticale. Chez elles aussi l'accouchement doit s'opérer avec une grande précipitation par la même raison, et exposer, par conséquent, à des accidens si on ne prend pas certaines précautions. (Pravaz, Mém. lu devant la société méd. de Lyon, 1844.)

MYOTOMIE. LUXATIONS CONGÉNITALES. — « La myotomie, que l'on a voulu faire intervenir, par suite d'un faux système, dans le traitement des luxations originelles, loin d'abréger la durée de ce traitement, comme on l'avait annoncé, n'a eu d'autre résultat que de rendre absolument impossible la consolidation des rapports articulaires; et ainsi s'est vérifiée l'opinion que j'avais émise *à priori* devant vous sur les suites probables de cette application malheureuse d'une opération dont on a tant abusé, en avançant que l'étendue de la substance fibreuse interposée entre les extrémités des muscles divisés et peut-être la section inévitable d'un grand nombre de filets nerveux affaibliraient tellement la contractibilité dans le membre soumis à l'opération, qu'il tomberait dans une impotence plus grave que celle dont il était antérieurement affecté. » (Pravaz, *Ib.*)

HÉMORRHAGIE UTÉRINE.—Lorsqu'une hémorrhagie grave survient après un accouchement ou une fausse couche, on

a, comme on sait, recours à la compression de l'aorte, soit à travers les parois abdominales, comme le veut M. Beaudelocque, soit à travers la cavité elle-même de l'utérus ; mais souvent il arrive que le sang a déjà coulé trop abondamment lorsqu'on emploie ce moyen, et malgré que l'écoulement soit arrêté, au bout de quelque temps des syncopes surviennent et la femme succombe, faute de sang ou de stimulus suffisant. Il est utile dans ces occurrences de continuer pendant plusieurs heures la compression de l'aorte abdominale, afin de forcer tout le sang à refluer vers le cerveau et entretenir la vie. On prévient de la sorte les syncopes et la mort, ainsi qu'on s'en est assuré dans plusieurs cas. (Doct. Vial, jour. de méd. de Lyon, fév. 1844.)

Ophthalmo-blénorrhée des enfans. — Le docteur Laner, de Berlin, écrit que dans l'établissement obstétrical de cette ville, et à la clinique d'accouchemens de M. Siébold, à Gœttingue, on guérit l'ophthalmie purulente, chez les enfans, dans l'espace de quatre à douze jours, à l'aide du calomel en poudre impalpable qu'on dépose entre les paupières, une ou deux fois par jour, avec un pinceau chargé de cette poudre et qu'on secoue au moment où un aide ouvre les paupières. Pour ne pas produire de la douleur, on ne doit ni l'insuffler comme Dupuytren, ni toucher l'œil avec le pinceau, comme MM. Fricke et Mayor. Ce mode d'application produit si peu de douleur, que l'enfant, dit l'auteur, ouvre les yeux aussitôt après. Si la première prise n'est pas suffisante, on répète la même opération. Cela n'empêche pas d'entretenir en même temps le corps libre, de nettoyer souvent les yeux, etc. (Lond., M. Gaz.)

Mort subite par hypertrophie du foie. — A l'hôpital de Venise on a souvent à traiter des paysans travaillés depuis longtemps par les fièvres intermittentes, et qui entrent à l'hôpital pour des ulcères gangreneux qui se déclarent chez eux aux membres inférieurs. Souvent ils meurent subitement. A l'autopsie on trouve le foie et la rate tellement hypertrophiés, qu'ils relèvent le diaphragme et compriment le cœur. (*Mém. de Méd. contem.*)

Liniment arsenical de l'hôpital de Venise. — On se sert à l'hôpital de Venise d'un liniment composé de cinq centigrammes (un grain) d'acide arsénieux dans trente grammes (une once) d'huile d'olive, pour déterger les ulcères de mauvaise nature, cancéroïdes ou autres. On emploie aussi dans le même but la poudre de Dupuytren, dont on saupoudre la surface (une à deux parties d'acide arsénieux et 98 de calomel). (*Ib.*)

Perforation spontanée du voile du palais. Guérison. — Une femme a été prise d'angine palato-pharyngée très grave. Le mal est passé à la période d'ulcération, et il a percé le voile du palais, les amygdales sont restées gonflées, et la déglutition a été pendant longtemps difficile et douloureuse. On a temporisé, on a prescrit des gargarismes de décoction d'orge et de miel rosat, avec addition de borax; petit à petit l'ulcération perforante s'est cicatrisée et la femme a guéri sans d'autres secours. Une femme, âgée de 47 ans, a été prise d'une affection analogue (angine), le voile du palais s'est ulcéré et perforé à sa base, ou plutôt à son adhérence aux os de la voûte; son tissu était en même temps épaissi et induré; voix nasillarde; passage de la boisson et des alimens dans le nez pendant la déglutition. La femme n'était plus réglée depuis trois ans, et elle assurait n'avoir jamais eu la vérole ni de maladie cutanée. On a porté sur l'ouverture ulcéreuse un petit pinceau trempé dans un mélange de sublimé corrosif (5 centigr. et 30 grammes de miel rosat). La guérison a été parfaite. (*Ib.*)

TOXICOLOGIE.

Des fromages vénimeux, *par M. Christison, professeur de matière médicale à Edimbourg* (1).

Les fromages dégénérés et devenus toxiques sont connus depuis longtemps. On trouve surtout des documens importans sur ce sujet dans quelques journaux allemands. Le docteur Hennemann a publié un intéressant travail sur plusieurs accidens arrivés en 1823 par ces fromages à Schwerin. (Archiv. für Mediz. Erfahr. 1829, 1, 30 et 75.) Un autre travail sur un accident pareil, observé en 1825 à Minden, a été publié dans le *Rust's Magaz.* (XXI, 247) ; mais des détails plus circonstanciés encore se rencontrent dans deux écrits insérés dans les Archives de M. Horn; l'un de ces écrits est au professeur Hunefeld, de Greifswald, et se rapporte aux phénomènes qu'il a observés dans cette ville en 1827 ; l'auteur s'est livré à des recherches considérables d'analyse chimique et à des expériences physiologiques multipliées, et croit avoir trouvé le principe délétère des fromages en question ; l'autre appartient au docteur Westrumb de Hamelin : il rend compte de sept cas qu'il a observés en 1826, et, s'appuyant sur le secours d'un chimiste, M. Serturner, il trace les propriétés du poison d'après les mêmes principes à peu près qu'avait adoptés M. Hunefeld. (Horn's Arch. 1828, t. 65.) D'autres écrits ont paru vers la même époque en Allemagne, par suite d'autres accidens de même espèce observés dans ce pays, et vers la fin du dernier siècle ces sortes d'empoisonnement étaient devenus si communs en Allemagne, que plusieurs Etats s'en sont alarmés et ont dû prendre des mesures pour les prévenir.

Pendant longtemps, la croyance générale était que certains fromages, devenaient toxiques en s'imprégnant de vert-de-gris dans les vases en cuivre employés par les laitiers. Par suite de cette opinion, des lois de police ont défendu aux laitiers, dans les Etats autrichiens, de Wirtemberg et de Ratisberg, d'employer ces sortes de vases pour cet objet. L'analyse chimique cependant a prouvé ultérieurement que cette opinion était erronée, et les recherches de Hunefeld et de Serturner ont enfin démontré de la manière la plus probable que la propriété vénimeuse de certains fromages tient au développement de deux acides organiques, analogues sinon identiques aux acides *caséique* et *sébacique*, et par conséquent que ces fromages nuisent à l'instar des saucissons de mauvaise qualité. Le mode de formation de ces acides est le suivant. D'après Proust, le goût particulier que présente le vieux fromage dépend de la conversion lente et graduée du caseum (curd) ou de la caséine en caséate d'ammoniaque, qui, dans les fromages sains, est uni avec un excès d'alcali. Des fromages en question, le caseum, avant d'être salé, est laissé pendant quelque temps en tas pour fermenter; en conséquence de quoi, il de-

(1) Article traduit de l'anglais.

vient sûr, et consécutivement il mûrit davantage. Mais si le lait a été caillé avec du vinaigre, si la liqueur acide qui se forme pendant qu'il fermente n'est pas soigneusement enlevée, si l'on permet à la fermentation d'aller trop loin, si l'on ne met que très-peu de sel pour conserver le caseum, ou si de la farine est mêlée avec cette substance, la maturation consécutive du fromage ou sa sénilité s'effectue d'une manière toute particulière, et donne naissance à un excès d'acide caséique et aussi à d'acide sébacique.

Les fromages vénimeux offrent quelque chose de particulier à l'apparence, au goût et à l'odeur d'après Westrumb. Hunefeld dit qu'ils sont d'un rouge jaunâtre, mous, coriaces, qu'ils contiennent des nucléons disséminés, plus durs et plus foncés; qu'ils sont d'un goût désagréable, d'une couleur *rouge-litmus*, et deviennent d'un rouge de chair au lieu de jaune par l'action de l'acide nitrique. Les symptômes qu'ils occasionnent chez l'homme paraissent être à peu près les mêmes que ceux produits par les saucissons vénimeux; ils se déclarent ordinairement, d'après Hunefeld, en cinq ou six heures, ou en une demi-heure ou une heure d'après Westrumb. Ils constituent différens degrés et combinaisons de gastro-entérite. Dans les cas les plus intenses cités par Hunefeld la quantité prise n'excédait pas 120 grammes (4 onces); quelquefois même 30 grammes (1 once) ont suffi. Le même auteur a trouvé que 6 grammes (1 gros et demi) d'acide caséique qu'il a extrait de ces sortes de fromages suffisait pour tuer un chat en huit minutes, tandis que la même quantité d'acide sébacique ne tuait un animal de même espèce qu'en trois heures. Ses expériences cependant ne sont pas tout à fait concluantes, ou pour mieux dire ne prouvent pas d'une manière incontestable que ces acides soient réellement les principes toxiques des fromages gâtés, car il ne s'est pas assuré par voie expérimentale que les acides caséique et sébacique préparés par les procédés ordinaires étaient capables de produire de semblables effets. Les données précédentes recevront probablement une modification et seront simplifiées si l'expérience vient confirmer les dernières recherches de M. Braconnot, par lesquelles on établit que l'acide caséique de Proust n'est autre chose qu'une modification de l'acide acétique, combiné avec une huile acre (Ann. de Chim. et de Phys., t. 36, p. 159). Westrumb a produit des effets analogues à ceux de Hunefeld sur des animaux en administrant de la graisse acide qu'il avait obtenue dans le cours de ses analyses.

Les fromages toxiques n'ont été jusqu'ici rencontrés que dans quelques localités de l'Allemagne. Quelques renseignemens cependant qui m'ont été fournis, il n'y a pas longtemps, par le docteur Swanwick de Maulesfield, me portent à penser que quelque chose de pareil a quelquefois existé aussi à Cheshire, dans de petites fermes, où les ressources bornées des laitiers obligent souvent le fermier à garder le caseum pendant plusieurs jours avant d'en recueillir suffisamment pour faire de gros fromages. Il est à peine nécessaire d'ajouter que des qualités toxiques peuvent être communiquées aux fromages avec des intentions criminelles ou accidentellement par l'addition de certaines substances minérales.

Je dois enfin dire un mot de la qualité toxique que le lait a présentée quelquefois. Cela a été observé surtout sur le continent, des accidens toxiques formidables s'étant déclarés par le seul usage du lait de vache, mais plus particulièrement de brebis ou de chèvre; l'analyse chimique n'y a, d'ailleurs, pu faire découvrir aucune substance délétère. On a expliqué ces effets vaguement, en supposant l'existence d'une maladie chez l'animal, ou qu'il se serait nourri d'alimens âcres; ces alimens ont pu ne pas être toxiques chez un ruminant, et son lait offrir des qualités nuisibles à l'homme. Ce sujet est resté entouré d'obscurité, des faits bien précis ayant manqué jusqu'à ce jour. On peut cependant citer plusieurs accidens de ce genre. Un a été observé à Aurillac, village de France : quinze ou seize commis d'une maison de commerce ont été, après avoir bu du lait d'une chèvre, pris de tous les symptômes d'un violent choléra, et, 24 heures après, la chèvre elle-même est devenue malade, et est morte en trois jours, avec des symptômes analogues (Arch. gén., t. 15, p. 460). Un autre a été vu à Hereford, en Westphalie : six individus d'une même famille, après avoir bu de la crême du lait de chèvre, ont été simultanément saisis de vomissemens violens, de tension à l'épigastre et de rétraction de la parois abdominale; plusieurs d'entre eux ont été en danger de mort, ainsi que l'assure le docteur Bonorden, qui les a soignés (Rustz Magaz., t. 27, p. 193). Le docteur Westrumb a aussi rapporté des cas analogues, et il avoue qu'une explication satisfaisante de ces faits nous manque; il fait remarquer que, dans l'opinion générale, le poison du lait proviendrait souvent de ce que l'animal aurait mangé de l'*euphorbia esula*, espèce d'épurge. Il ajoute que, d'après Viridet, dans son *Tractatus de prima coctione*, l. 1, c. 15, certains champs des environs d'Embrin avaient dû être abandonnés par les bergers, par la raison que le lait de leurs vaches était inserviable, vu l'abondance de cette plante parmi les herbages; cependant il dit avoir observé que le bétail ne touchait pas à cette plante tant que la bonne herbe se trouvait en quantité suffisante dans le pâturage (Horn's Arch., 1828, t. 1, p. 76). MM. Orfila et Marc, qui ont été dans le temps chargés par la Société de médecine de Paris de faire un rapport sur l'accident arrivé à Aurillac, ont déclaré qu'ils n'avaient pu trouver aucun poison minéral, et que, selon eux, l'accident devait tenir à une altération toxique du lait par de nouveaux principes organiques développés dans sa substance.

SEIGLE ERGOTÉ. — Un empoisonnement a été observé dernièrement sur une famille de neuf personnes en Savoie, lesquelles avaient mangé pendant trois jours du pain dont la farine contenait une certaine proportion de seigle ergoté. Les phénomènes ont été ceux de l'hyposthénie,

ainsi que cela s'observe sur les animaux auxquels on administre du seigle; mais ils ne se sont pas heureusement terminés par la mort. M. Bonjean, chimiste distingué en Savoie, a analysé une partie du pain et de la farine en question et il a pu extraire une certaine quantité d'ergotine et d'huile ergotée. Le pain a mauvais goût, surtout la mie. M. Bonjean soutient que la mie seule est toxique dans ces sortes de pain, la croûte étant soumise, dans le four, à l'action ardente du calorique, a perdu sa quantité venimeuse. Le calorique dépouille donc, selon l'auteur, le seigle de sa qualité spéciale, du moins en partie. En conséquence, dans l'espèce, le pain biscuit doit être moins nuisible à l'homme que le pain frais. On peut cependant se demander si les gaz qui se développent pendant la fermentation du pain et qui font lever sa patte au point de laisser des creux innombrables n'exercerait pas une certaine action chimique sur le seigle. Il est vrai que ces gaz se réduisent en partie à de l'acide carbonique. (*Gior. della Soc. med. ch. di Torino,* mars 1844.)

REVUE GÉNÉRALE.

Spina bifida. Ponction répétée. Guérison; *par M. A. Stephens.* — Une petite fille âgée de huit mois portait une tumeur à la partie supérieure du sacrum, offrant 10 1/2 centimètres (trois pouces et demi) de long et autant de large, et s'élevant d'environ 6 centim. (2 pouces) au-dessus du niveau de la peau. La peau qui couvrait cette tumeur n'était pas saine; elle était convertie en une membrane mince, de couleur rougeâtre, et traversée d'innombrables veines capillaires, presque variqueuses. Les tégumens sains formaient un cercle dur à l'endroit de leur union avec les enveloppes propres de la tumeur. La masse entière de la poche morbide était comme pendante, plus étroite à sa base qu'à son milieu; son volume avait augmenté avec la croissance de l'enfant. Quelques semaines après la naissance, la tumeur avait déjà été ponctionnée une fois avec une aiguille; la piqûre ne s'était jamais fermée complétement; elle s'était couverte d'une croûte. M. Stephens a répété la ponction le 7 octobre 1837, à l'aide d'une aiguille à cataracte (iris knife), et a fait sortir 120 grammes (4 onces) de sérum environ, teint légèrement de sang. L'enfant n'a pas paru souffrir de cette opération, mais l'écoulement a déterminé un léger affaissement de la fontanelle antérieure. La santé de l'enfant est bonne. Le toucher ne découvre, à la base de la tumeur, aucun défaut osseux. Les tégumens sains s'élèvent à une certaine hauteur de la base avant de donner naissance aux enveloppes propres dont nous venons de parler. — Le 20 octobre, on répète la ponction sur le côté droit, et l'on obtient 30 grammes (1 once) de sérum. — Le 21 octobre, on fait trois ponctions sur trois points dans la peau saine, et l'on donne issue à 120 grammes de sérum. La tumeur paraît à présent ratatinée, mais la diminution n'est pas en raison du fluide évacué. — Le 30 octobre, le fluide continue à couler pendant 24 heures après la dernière ponction. Dès ce moment, l'enfant est devenu maladif, abattu, fiévreux, peut-être par le travail de la dentition. Le sac de la tumeur s'est enflammé, et l'enfant a présenté une rétraction à la jambe gauche, et il criait si on le dérangeait. On lui a administré une légère dose de magnésie pour tout médicament. On fomente la tumeur avec des liquides spiritueux; la fontanelle antérieure s'est considérablement déprimée. Depuis lors, la tumeur n'a plus été ponctionnée. La fièvre et le spasme musculaire ont diminué, et, peu de jours après, l'enfant a été renvoyé à ses parens, à la campagne.

Le printemps suivant, le petit malade a été représenté au chirurgien pour l'examiner. La poche aqueuse avait disparu, et tout ce qui restait c'était un petit sac de peau induré et ratatiné. Je crois important, dit l'auteur, de faire remarquer que le liquide n'a été évacué que très-lentement chaque fois, trois gouttes environ par seconde, et on laissait toujours un tiers du sérum dans la poche. Une légère pression a été exercée après chaque ponction, et maintenue autant que possible, vu l'indocilité de l'enfant. On a toujours prescrit rigoureusement de maintenir le corps dans une position horizontale; car, pour peu que l'enfant levât la tête, la tumeur se vidait aussitôt, et il était pris de syncope et de spasmes, qui disparaissaient par la position horizontale. (New York Journal of Medecine and the collateral sciences. And Amer. J. oct. 1843.)

— L'auteur fait suivre cette belle observation des réflexions suivantes que nous traduisons littéralement. « Quels sont les dangers de cette opération? D'abord, la syncope et des spasmes, par l'enlèvement trop subit de la pression que le fluide exerçait sur les ventricules de la moelle. Le moyen d'obvier à ce danger est de n'extraire le liquide que lentement et d'en laisser une partie dans le sac, de tenir le patient horizontalement, et, au besoin, d'exercer une petite pression sur la tumeur et sur la tête. A l'aide de ces précautions, le danger peut ne pas être aussi formidable qu'il pourrait sembler au prime-abord. Ensuite, l'inflammation des membranes internes du sac, laquelle peut s'étendre à la moelle et au cerveau. Notre petit malade a présenté, pendant deux à trois jours, de l'agitation et de la fièvre, que j'ai attribuées à cette cause, mais qui se sont dissipées sans aucun traitement particulier. Il est clair qu'aucun chirurgien prudent ne devra, pendant ce temps, répéter la ponction. Enfin, une augmentation de secrétion aqueuse par le seul fait de l'irritation de la ponction; on peut y remédier en augmentant l'inflammation et en faisant épaissir le sac à l'aide d'une pression convenable après chaque ponction. Le résultat précédent et les réflexions qu'on vient de lire doivent encourager les chirurgiens à pratiquer cette opération. » — Nous avons, dans le dernier numéro, parlé (p. 541) d'une opération du même genre que venait de pratiquer M. Robert à l'hôpital Beaujon; nous devons ajouter que le petit enfant va très bien aujourd'hui et qu'il est en pleine voie de guérison, la tumeur étant presque consolidée.

Deux cas d'immobilité de la machoire guéris; *par M. Daniel Brainard, professeur d'anatomie en Amérique.* — Une petite fille âgée de neuf ans avait, depuis plusieurs années, la mâchoire inférieure immobile, presque complétement, ou du moins ses mouvemens n'étaient que fort légers et à peine perceptibles. Cette immobilité avait été la conséquence d'une salivation occasionnée par un long usage du calomel durant une fièvre remittante. Le 1er septembre 1841, la malade s'offrait dans les conditions suivantes: — A droite, l'angle de la bouche présente une cicatrice ferme, d'un centimètre et demi (demi-pouce) de diamètre, conséquence d'une ulcération qui avait envahi

toute l'épaisseur de la joue. Cette cicatrice s'étendait comme une bande solide entre les gencives des canines des deux mâchoires, et formait une barrière au passage des corps dans la joue. Depuis cette cicatrice jusqu'à la racine de l'apophyse coronoïde, les mâchoires étaient unies par un tissu ligamenteux auquel adhérait fortement la face interne de la joue. — A gauche, on rencontre une bande semblable, à laquelle la joue est liée, et qui s'étend depuis l'apophyse coronoïde jusqu'aux premières molaires. La contraction de ces tissus est devenue si grande que la face est considérablement raccourcie et déformée; les joues font saillie, et les incisives supérieures, pressées par les dents correspondantes inférieures, se sont placées presqu'horizontalement et ne sont plus couvertes par les lèvres. La parole est à peine intelligible, l'haleine est fétide, la santé générale est très-altérée, la malade ne pouvant prendre d'alimens solides.

Le 7 septembre, le chirurgien a pratiqué l'opération suivante: Il a divisé la cicatrice du côté droit contre les gencives en haut et en bas, et détaché ainsi la joue de ses adhérences; ensuite il a divisé le ligament qui s'étendait entre les mâchoires, et qui était très-ferme. Les mêmes manœuvres ont été répétées sur le côté gauche. Les adhérences étant maintenant en grande partie divisées, des efforts assez grands ont été exercés pour écarter les mâchoires avec les mains, mais sans succès. On a alors eu recours à un levier avec un écrou préparé exprès, et les mâchoires ont été écartées sans difficulté. L'instrument résulte de deux petites lames métalliques ajoutées au tourniquet ordinaire dégarni de son ruban. Ces deux lames ayant été passées dans les ouvertures de la partie inférieure du tourniquet, et ayant leurs extrémités supérieures légèrement courbes, ont été mises en action par la vis dont on comprend tout le mécanisme, etc. En ouvrant la bouche, on a trouvé presque toutes les dents temporaires, à l'exception des incisives, tout à fait mobiles, et entretenant des ulcérations qui étaient la cause de la fétidité de l'haleine. De petits coins de bois ont été placés entre les incisives, de manière à maintenir la bouche ouverte et permettre à la cicatrisation de s'opérer. Ces coins étaient enlevés seulement pour permettre à la patiente de prendre des alimens solides et liquides. On a, petit à petit, cessé l'usage de ces coins, et les mâchoires se sont rapprochées jusqu'à un certain point. Aujourd'hui, plus de vingt mois après l'opération, il existe un espace de deux centimètres environ (trois quart de pouces) entre les mâchoires; la parole est complétement rétablie, la malade peut prendre toute espèce d'alimens solides, et la difformité a entièrement disparu.

—Dans l'autre cas, il s'agit d'une jeune fille de 17 ans, qui, par suite aussi de l'usage excessif du calomel pendant une fièvre, eut une salivation et des ulcérations à la joue. Il en est résulté une cicatrice profonde de trois centimètres de large, enveloppant le bord extérieur du masseter. Opération comme ci-dessus, le 17 juillet 1842. En cinq semaines la plaie était cicatrisée, et la malade pouvait ouvrir la bouche de trois centimètres, les mouvemens des mâchoires étaient déjà parfaits. Dix mois plus tard, ces résultats heureux ne s'étaient point démentis. Dans un cas de ce genre rapporté dans l'*Amer. Jour.*, nov. 1829, le docteur Mott divisa la joue pour atteindre les adhérences. Cela, cependant, n'a point été imité par le docteur Mighels dans un autre cas consigné dans le n° 17 du même recueil. Dans un cas analogue au premier, M. Mott a pratiqué l'autoplastie, en enlevant la cicatrice et en la remplaçant par un tissu sain pris sur les côtés du cou et de la face. L'auteur termine en faisant remarquer que l'accident dont il s'agit est très-fréquent en Amérique, par suite de l'abus du mercure, qui détermine des ulcérations et la gangrène de la bouche au point d'occasionner des adhérences même sur la langue. Pour prévenir les adhérences des mâchoires, on a pour pratique de mettre en permanence des morceaux de bois entre les dents; mais cela ne les empêche pas, par la raison que les dents tombent. On place également dans le même but des plaques métalliques entre les gencives et les joues; mais ce système ne réussit pas d'avantage (The Amer. Jour. of Med., sc., oct. 1843).

On voit en ce moment dans le service de M. Blandin, à l'Hôtel-Dieu, une malade qui offre une lésion de ce genre et que ce chirurgien se propose d'opérer prochainement.

HERNIE ÉTRANGLÉE CHEZ UN ENFANT DE SEPT MOIS. — *Opération par M. Asson, chirurgien à l'hôpital de Venise.* — Un enfant, âgé de sept mois, portait, dès les premiers jours de la naissance, une tumeur à la région inguino-scrotale gauche. On n'avait pas appliqué de bandage, mais la réduction complète n'avait jamais pu être obtenue. L'enfant a été pris tout à coup de vomissemens, de constipation et de gonflement à l'abdomen. La mère a laissé pendant trois jours son enfant dans cet état sans consulter personne. Au bout de ce temps elle l'a fait recevoir d'urgence à l'hôpital. A l'examen, M. Asson a trouvé que l'enfant venait d'avoir quelques légères évacuations alvines, mais le vomissement persistait avec hoquet; la tumeur était irréductible et offrait du gargouillement au toucher. On a essayé en vain les bains et le taxis, le pouls était devenu petit, presqu'imperceptible, tout le corps était froid, l'enfant gémissait comme pour mourir. M. Asson l'a opéré dans la nuit même. Il a incisé les tissus à l'ordinaire jusqu'au sac; il a ouvert celui-ci avec précaution, ce qui a fait écouler du serum, l'appendice vermiforme s'est présentée la première; le chirurgien l'a prise au premier-abord, pour un lombric, mais bientôt le cœcum lui-même s'est présenté; la hernie étant à gauche, cette circonstance a dû faire penser que le cœcum s'était déplacé en rentrant dans le péritoine pour pousser un sac au devant de lui. M. Asson a débridé l'anneau et réduit l'instestin. Les suites ont été heureuses, et l'enfant a guéri, grâce aux applications répétées de sangsues pour combattre la péritonite. (*Memoriale de la Medecine contemporanea*, déc. 1843.)

— Deux circonstances surtout rendent ce fait intéressant; l'âge très-tendre du sujet, et la nature même de la tumeur. Il est excessivement rare de voir les hernies s'étrangler dans les premiers mois de la vie, l'alimentation n'étant pas de nature à occasionner des engouemens inflammatoires. On rencontre en bas âge plus souvent des intususceptions ou des volvulus que des étranglemens herniaires. La hernie cœcale est déjà rare par elle-même, elle s'offre sans sac, comme on sait, mais elle est souvent compliquée d'un sac qu'elle traîne derrière elle-même. Nous avons eu l'été dernier l'occasion d'observer une hernie cœcale étranglée, à Suresne, près Paris, avec l'assistance de

MM. Fournier-Deschamps et Hue, sur un vieillard de 80 ans environ; la hernie était à droite et sans sac, ce qui a exigé beaucoup de précautions dans la dissection ; après les débridemens ordinaires l'intestin était libre mais il ne rentrait pas, nous l'avons attiré au dehors, et la présence de l'appendice cœcale nous a de suite orienté sur la nature des choses; le sac cœcal a pu être enfin repoussé dans la fosse iliaque; mais le malade est mort quelques jours après de péritonite.

Dans le cas de M. Asson le cœcum était à gauche, ce qui explique pourquoi la hernie était entourée d'un sac, et irréductible, comme toujours, au reste. L'auteur ne dit point si l'intestin se trouvait dans la vaginale testiculaire, en contact avec la glande séminale, comme cela paraît probable; en ce cas on comprendrait que le sac s'y trouvait tout préparé.

VÉGÉTATIONS CORNÉES A LA PEAU, *par M. Wilson.*— Dans un travail que le docteur Erasmus Wilson vient de communiquer à la Société médico-chirurgicale de Londres, on trouve les observations suivantes sur l'origine des végétations cornées, autrement dites cornes de la peau, chez l'homme. L'auteur soutient que ces excroissances sont le résultat d'une sécrétion anormale de quelques follicules, laquelle se stratifie, se dessèche et se pénètre ensuite de phosphate calcaire. Il en a enlevé une de la longueur de 8 centimètres (près de trois pouces), de la cuisse d'une femme; il l'a fait analyser chimiquement et l'a trouvée composée des mêmes élémens que la matière sébacée, savoir de mucus, d'albumine, de phosphate de chaux, de chlorure de sodium et de lactate de soude. Lorsque les cryptes secrètent excessivement, et que la matière n'est pas chassée au dehors, elle se collectionne dans les cellules de la petite glande, et finit par produire une petite tumeur enkystée qu'on appelle *molluscum contagiosum*, si l'albumine est en excès (abcès ou kyste sébacé); mais si c'est la matière calcaire qui est en excès, le kyste prend le nom de tumeur *sébacée calcaire.* Dans d'autres cas, les cellules des cryptes ne se vident pas, par suite d'une sorte d'état torpide de la peau; il en résulte de petites tumeurs sébacées simples. Le caractère particulier de ces tumeurs c'est d'être stratifiées ou laminées, et leur identité de structure avec l'épiderme devient tout à fait remarquable. Lorsque le contenu d'une de ces tumeurs sort du follicule et se dessèche, elle prend la forme d'une lame semi-transparente et identique avec la corne. Des lames accumulées ainsi successivement l'une après l'autre finissent par former une véritable corne, et c'est ainsi que s'engendrent, d'après l'auteur, les végétations cornées dont il s'agit. La dissection, en effet, prouve qu'elles sont laminées. Chaque lamelle contient des cellules aplaties extrêmement fines. L'auteur a recueilli dans les livres 90 cas de ce genre, la plupart existaient chez les femmes. Le cas le plus remarquable est celui que portait un Mexicain dont la corne offrait 42 centimètres (14 pouces) de longueur, et se divisait en trois branches. On en a vu quelques exemples sur des individus qui, par une singulière coïncidence, ruminaient. (*Lond. méd. Gaz.*, février 1844.)

LIPOMES. RÉSOLUTION A L'AIDE DE LA POTASSE, *par M. Brodie.* — Dans une leçon intéressante que M. Brodie vient de faire, à *St-George's Hospital*, sur les tumeurs graisseuses, il a exposé le fait suivant. « Il est, a-t-il dit, une espèce de tumeur graisseuse qui n'est pas très-rare, et qui pourtant n'a point été mentionnée dans les livres ; je veux parler d'un dépôt de graisse qui ne forme pas une tumeur bien définie, qui ne bombe pas distinctement; de sorte qu'on ne peut dire précisément où la tumeur se termine et où elle commence. Le cas suivant va vous en donner une idée. Un homme est venu à l'hôpital, il y a 17 ou 18 ans, ayant une apparence singulière (odd); il présentait un énorme menton double, pendant jusqu'au sternum, et un gonflement immense à la nuque ; plus, deux grosses tumeurs du volume d'une grosse orange derrière chaque oreille. Ces masses morbides avaient commencé depuis trois ou quatre ans et avaient augmenté par degrés ; elles n'étaient accompagnées d'aucune douleur, mais elles avaient ruiné le malheureux patient, car étant domestique de son état personne n'avait voulu de sa figure grottesque. Je lui ai donné deux grammes (demi-gros) de liqueur de potasse trois fois par jour, et graduellement jusqu'à quatre grammes. Ce médicament était pris dans la petite bière Un mois après, les tumeurs avaient sensiblement diminué. Vers cette époque, la réputation de l'iode était naissante ; j'ai mis en usage la teinture d'iode. Il est curieux que l'usage de ce remède a fait maigrir tout le corps, mais les tumeurs augmentaient de nouveau. Nous sommes revenus à la potasse, et ce seul alcali a considérablement amélioré son état. Il est sorti de l'hôpital avec la recommandation de continuer pendant longtemps l'usage du remède. Je l'avais perdu de vue pendant quelque temps, lorsqu'un jour ayant été appelé auprès d'un malade, je n'ai pas regardé le domestique qui m'a ouvert la porte; c'était cependant lui. En sortant, il m'a suivi et arrêté dans l'escalier pour me remercier du service que je lui avais rendu; je l'ai reconnu, en effet; il était presque complétement guéri; l'examen m'a fait découvrir quelques petits restes des tumeurs, mais ils n'étaient pas visibles. Il avait continué pendant longtemps le médicament, et il faut bien qu'il fût présentable pour être employé comme *footman* (laquais). J'ai rencontré d'autres cas analogues, et j'ai employé le même moyen avec un résultat avantageux, mais je ne l'ai pas toujours employé, et, dans d'autres cas, je n'ai rien obtenu. J'ai rencontré ces sortes de tumeurs au cou plutôt qu'ailleurs.

« Il est encore une autre variété de lipome qui n'a pas été non plus décrite par les auteurs. Elle consiste dans la présence d'un grand nombre de petites tumeurs de ce genre disséminées sur différens points du corps. Ces tumeurs sont bien circonscrites, mais leur diagnostic était resté douteux pour moi. Une fois j'en ai rencontré, dans le nombre, une assez grosse; je l'ai extirpée, et j'ai trouvé qu'elle était formée de graisse blanche un peu ferme. Les autres sont de même nature. Il serait absurde de songer à une opération dans ces cas. L'usage de l'alcali à haute dose m'a donné de bons résultats, les tumeurs ayant diminué sous son influence. Une fois même le mal a fini

par disparaître presqu'en totalité. On ne peut donner deux grammes de liqueur de potasse dans 60 grammes (deux onces) de liquide sans inconvénient pour l'estomac ; mais vous pouvez en donner jusqu'à 6 gram. (un gros et demi) dans beaucoup de liquide deux ou trois fois par jour sans danger. Le meilleur délayant que j'aie trouvé pour cela, c'est la petite bierre fraîche. L'alcali neutralise en partie l'acide et en fait une boisson alcaline acidule agréable et diurétique. Si l'on répugne de boire la bierre, on peut donner la potasse dans du lait et de l'eau ou une tisane, mais alors il faut l'administrer par petites doses, car l'alcali n'est pas neutralisé comme dans la bierre. Pour être réellement utile, la potasse doit être prise à forte dose et pendant très-longtemps, cela peut se faire sans danger. » (*Ibid.*)

— Nos eaux minérales alcalines, en particulier celles de Vichy et d'Hauterive, remplaceront parfaitement, sur le continent, la boisson du chirurgien anglais. Ces observations confirment celles de M. le docteur Ch. Petit, qui a vu l'embonpoint excessif disparaître sous l'influence des boissons abondantes et des bains d'eaux alcalines et de l'usage prolongé des pastilles dites de Vichy ou de D'Arcet. Nous avons expliqué ailleurs comment il se fait que ces mêmes moyens peuvent faire disparaître l'obésité chez les uns et engraisser les personnes faibles et délicates. (V. Ann. de thér., t. I.)

De l'inflammation des symphyses du bassin *chez les femmes enceintes ou nouvellement accouchées*, par le docteur Hiller, de Schoeneck. — Une paysanne, d'une forte constitution, enceinte pour la première fois, était accouchée facilement d'un garçon fort et bien portant. Le troisième jour, dès le matin, elle descendit, légèrement vêtue, dans un cellier ; un violent frisson, bientôt suivi d'une douleur lancinante et déchirante dans la symphyse du pubis et la symphyse sacro-iliaque gauche, eut lieu dans l'après-midi. La plus légère pression sur les symphyses ou sur les os, le moindre mouvement des cuisses, qui étaient tenues écartées ou immobiles, exaspéraient tellement la douleur, que la malade poussait des cris aigus. La température des parties malades était notablement augmentée. Il y avait en outre une vive chaleur intérieure, de la soif, de l'agitation, du malaise, de la constipation avec fréquentes envies d'aller à la garde-robe, de la dysurie avec écoulement de quelques gouttes seulement d'une urine brûlante, trouble, foncée. Le pouls était plain, très-fréquent, dur ; la cuisse gauche engourdie, le fond de l'utérus fort au-dessus du pubis ; le vagin très-chaud, humide, non douloureux à la pression, soit en avant, soit en arrière ; la portion vaginale du col dans l'état naturel, indolente. Des sangsues furent appliquées sur les symphyses ; puis des frictions mercurielles à haute dose, et des cataplasmes narcotiques complétèrent le traitement local. A l'intérieur, une émulsion de pavot, additionnée de sulfate de magnésie et d'extrait de juquiame ; toutes les heures un grain de calomel ; un lavement huileux. Les jours suivans, on continua les frictions mercurielles et les cataplasmes narcotiques et quelques doses de calomel. Le huitième jour, la guérison était complète.

A cet exemple de l'inflammation aiguë des symphyses, l'auteur ajoute deux autres cas qui se rapportent, suivant lui, à ce qu'il désigne sous le nom de *forme chronique*, et qu'il vaudrait mieux appeler *forme subaiguë*. Ils concernent deux jeunes dames très-irritables, d'une constitution grêle, enceintes, l'une de cinq mois (2e grossesse), l'autre de quatre mois (3e grossesse). Chez l'une et chez l'autre, sans cause appréciable, tout à coup, dans la nuit, des douleurs vives, déchirantes, lancinantes, se firent sentir, chez la première, dans la symphyse pubienne ; chez la seconde, dans cette symphyse et la symphyse sacro-iliaque en même temps. La pression sur les symphyses ou les os coxaux, et chez l'une d'elles un simple essai de station ou de progression augmentaient considérablement les douleurs. A l'extérieur, rien autre chose qu'un peu d'augmentation de chaleur. Le mouvement fébrile était modéré. Rien d'anormal du côté des garde-robes, ni ailleurs. Toutes deux avaient seulement de plus fortes et de plus fréquentes envies d'uriner que dans les autres grossesses. Un régime très-tenu, l'immobilité au lit, des lotions avec l'esprit d'angélique composé uni à la solution d'ammoniaque caustique, et avec un mixture oléoso-balsamique, produisirent promptement une diminution notable des douleurs. Au bout de 10 et 14 jours, la guérison fut complète. Ces deux dames accouchèrent à terme facilement. Chez l'une et l'autre, les suites de couches furent naturelles.

Quoi qu'en ait dit le professeur Hayn, de Kœnigsberg, qui cite (*Berlin Med. Zeitun*, 1834, n° 32) quatre cas d'inflammation des symphyses pelviennes, observés dans une seule année, ce n'est point là une affection commune. Au contraire, elle est rare, et cette rareté me paraît donner du prix aux observations du docteur Hiller. Cette maladie est sérieuse ; sans un traitement énergique, la suppuration est fort à craindre, et la suppuration peut entraîner la mort. Telle fut l'issue de l'un des cas cités par Hayn. Telle fut aussi la terminaison d'un cas observé par mon collègue et ami M. Monod, pendant son internat à la Maternité, en 1825. La pièce (symphyse pelvienne dénudée de cartilage), préparée par lui, fait encore partie du musée de l'hôpital.

A un degré modéré, la maladie n'offre guère de danger et ne réclame point de moyens actifs. Si les émissions sanguines ne sont pas toujours nécessaires, quelques applications sédatives et le repos absolu dans la situation horizontale suffisent le plus souvent. C'est ce dont j'ai pu me convaincre dernièrement par l'observation d'un cas fort analogue au second cas de Hiller. Au commencement du huitième mois de sa première grossesse, une dame, qui n'avait jusqu'alors éprouvé d'autre malaise que quelques douleurs de vessie, accompagnées de fréquentes envies d'uriner, mais qui d'ailleurs avait toujours pu se livrer sans

gêne ni fatigue à un exercice régulier, fut prise de douleurs aiguës, le plus souvent gravatives, quelquefois lancinantes, dans la région de la symphyse pelvienne, avec impossibilité de marcher, de se tenir debout ou assise, sans aggravation des symptômes qu'elle avait antérieurement éprouvés du côté de la vessie. Une saignée de bras et de grands bains ne produisent point de soulagement notable. Les applications narcotiques eurent plus d'effet. Secondées du séjour prolongé au lit, elles firent disparaître complétement les accidens, si bien qu'au bout de quinze jours l'exercice à pied et en voiture put être repris comme auparavant, et continué pendant les dix derniers jours de la grossesse. L'accouchement fut naturel, facile et prompt, et les suites de couches très-heureuses. (*Journal de Chir.*, mars.)

LAIT DES NOURRICES. — « Il est reconnu que le lait se trouve toujours, ou presque toujours, dans l'estomac de l'enfant dans des conditions telles qu'il doit devenir acidule. C'est même une condition de la digestion, et les nourrissons qui vomissent le lait tel qu'ils l'ont pris ne paraissent pas jouir d'une force digestive normale ; mais si un lait déjà acide est introduit dans l'estomac, alors il subit une très-forte altération et il est presque immédiatement vomi par caillots plus ou moins gros. Lors donc qu'on est appelé pour donner des soins à un enfant à la mamelle, offrant des vomissemens répétés de lait caillé, des selles verdâtres, exhalant une odeur acide, on doit tout d'abord essayer le lait de la nourrice à l'aide du papier de tournesol; le lait doit être alcalin, et lorsqu'il ne l'est pas, et qu'il s'agit d'une mère ou bien d'une nourrice offrant d'ailleurs de bonnes qualités, on doit lui communiquer ces qualités, d'abord en soustrayant de son alimentation toutes les substances acides, et en lui faisant prendre par jour quelques verres d'eau de Vichy, ou deux à quatre grammes (demi-gros à un gros) de bicarbonate de soude par pinte; par ces moyens bien simples on enlève la cause du mal, on fait pénétrer dans l'estomac du nourrisson un lait qui a la propriété de neutraliser une partie des acides ou de ramener la digestion à son type normal. » (Docteur Sovet, *Archives de la Médecine belge*, février.)

FRACTURES DU CRANE AVEC DÉPRESSION CHEZ LES ENFANS. — Dans un travail considérable sur les fractures du crâne que vient de publier le docteur Lyon, professeur de chirurgie à l'Ecole de Portland, on trouve confirmé par des faits cette proposition déjà connue, savoir que, chez les enfans, la dépression du crâne par cause traumatique finit par se relever, après quelque temps, par la seule force expansive du cerveau ou de la croissance; en conséquence, il faut bien se garder de pratiquer aucune opération pour cela. Il importe néanmoins de veiller à la réaction inflammatoire et de la combattre. « J'ai eu dernièrement, dit l'auteur, à traiter un enfant de cinq ans, qui offrait une portion du pariétal gauche déprimé sans plaie au cuir chevelu ; la dépression était d'un centimètre et demi (un demi-pouce). On pouvait sentir circulairement le bord irrégulier de l'os affaissé. La cavité de l'enfoncement offrait plus de sept centimètres (deux pouces et demi) de longueur et plus de quatre centimètres (un pouce et demi) de largeur ; de telle sorte que la différence de niveau des deux côtés correspondans de la tête était très-prononcée, le côté frappé étant très-enfoncé. L'enfant a vomi, a été affaissé, légèrement comateux pendant quelques heures. Après la réaction, des sangsues et des fomentations froides lui ont été appliquées sur le crâne ; plusieurs doses de calomel et la diète rigoureuse. En quelques semaines, l'os déprimé a repris son niveau naturel, et l'enfant s'est trouvé parfaitement guéri. » (Lond. and Ed. monthly J., fév. 1844.)

PARTURITION. MÉDECINE LÉGALE. — M. le docteur Cormack, d'Edimbourg, vient de faire des recherches très-intéressantes, au point de vue médico-légal, sur les signes de la parturition accomplie depuis peu. On sait que, parmi ces signes, les accoucheurs avaient marqué spécialement une bandelette noire à la peau dans la direction de la ligne blanche. Cette bandelette correspond à l'écartement de la ligne médiane, où l'on peut enfoncer les doigts après la parturition. L'écartement s'efface plus ou moins après, mais la ligne foncée de la peau persiste une quinzaine de jours, et s'étend de l'ombilic au pubis, et quelquefois aussi jusqu'à l'apophyse xifoïde du sternum. Cette ligne, ou plutôt ce ruban cutané, qui rappelle la coloration de l'auréole de la mamelle, est d'autant plus prononcée, que la femme a les cheveux noirs et la peau brune. La présence de cette ligne avait donc été donnée comme un signe probant de parturition accomplie depuis peu. On comprend de suite les conséquences graves d'une pareille conclusion. M. Cormack a repris ce sujet en sous-œuvre en l'étudiant sur beaucoup de femmes, et il est arrivé à cette conclusion, que ce signe n'est d'aucune valeur, par la raison que la raie en question se rencontre également chez beaucoup de femmes non accouchées, enceintes ou non, chez celles qui ont avorté, et chez plusieurs à l'époque des règles. M. Cormack l'a aussi rencontrée chez quelques hommes atteints de maladies de vessie, de l'urètre ou des intestins. Dans tous ces cas, à la vérité, la ligne est moins foncée, moins prononcée que chez les nouvelles accouchées, mais on peut la trouver en union de l'écartement de la ligne blanche qui aurait persisté après un accouchement déjà ancien, de sorte qu'on ne peut en rien conclure. (*Ib.*)

CHRONIQUE ACADÉMIQUE.

HAUTERIVE-LÈS-VICHY. — Au moment où notre dernier numéro paraissait, il se passait un orage très-sérieux à l'Académie de médecine; cette assemblée rejetait, à cause d'un simple manque de forme, un rapport important que M. O. Henry venait lire au nom d'une commission nommée par ordre de M. le ministre du commerce. Il s'agissait de l'eau minérale d'Hauterive, la rivale de Vichy. M. O. Henry, organe de la commission, venait de consacrer un temps considérable pour faire une nouvelle analyse de cette eau, et il s'était naturellement permis, dans l'intérêt de la science, de comparer ses résultats à ceux de l'analyse déjà connue des eaux de Vichy ; d'où il résultait, ainsi que nous

l'avions déjà annoncé, que l'eau d'Hauterive était plus précieuse encore pour la France que celle de Vichy, puisqu'elle était plus riche en bicarbonate de soude que cette dernière, et elle devenait par là la première des eaux alcalines connues jusqu'à ce jour. Telle était aussi l'opinion qu'avaient émise plusieurs mois auparavant les *Annales de Thérapeutique*. Ce parallèle, bien innocent assurément, de M. O. Henry, a excité la susceptibilité de quelques membres de l'Académie, et l'on comprend pourquoi... Dès-lors, une pluie d'interruptions est partie de tous les points de la salle, et le rapport a été brusquement rejeté, sous prétexte que l'échantillon d'eau envoyé par M. le ministre ne portait pas le cachet du maire de la localité, bien que le liquide eût été puisé par la main même d'un des membres de l'Académie, et médecin inspecteur d'Hauterive, M. Londe.—M. Londe a eu beau protester, l'Académie a usé d'une sévérité insolite contre un de ses membres, car le cachet de M. Londe devait au moins valoir autant que celui du maire d'Hauterive. L'Académie s'est, en conséquence, laissée surprendre par quelques hommes prévenus, et entraîner dans une décision absurde et ridicule; car, pouvez-vous faire que l'eau dont il s'agit ne soit pas ce qu'elle est, ce que la nature l'a faite? L'analyse de M. Henry, bien qu'elle ne soit au fond qu'une confirmation d'autres analyses antérieures, n'en restera pas moins comme un document précieux acquis à l'hydrologie. Nous avons dressé le tableau suivant, sur les notes prises par notre sténographe, à la séance de l'Académie. Nous sommes prêt à le rectifier, en cas que M. Henry trouvât qu'il y aurait eu erreur.

Tableau comparé.— Hauterive-lès-Vichy. Pour 1000 grammes ou un litre d'eau (les bouteilles de M. Londe étant mal bouchées) on a pu constater la quantité d'acide carbonique.

Bicarbonate de soude anhydre..Gram.	5,2400
— de chaux..... } — de magnésie..... }	0,1400
Sulfate de soude anhydre.....	0,3200
Chlorure de sodium.....	0,4100
Oxide de fer..... } Silice..... }	0,0050
	6,1150

La moyenne des analyses de Vichy pour les diverses sources, toutes fort analogues, d'après M. Longchamps, donne :

Acide carbonique libre.....litre.	0,530
Bicarbonate de soude anhydre..Gram.	5,0863
Bicarbonate de chaux et magnésie....	0,5975
Sulfate de soude anhydre.....	0,2754
Chlorure de sodium.....	0,5791
Oxide de fer, silice.....	0,1189
	7,1872

L'addition des nombres de M. Henry porte..... 6,9802
Différence..... 0,2070

Cette différence est une erreur d'addition. Ainsi, il est donc évident que la proportion du bicarbonate de soude, qui constitue l'élément le plus essentiel de ces eaux, est plus grande dans celle d'Hauterive que dans celle de Vichy. Nous pouvons ajouter, ainsi que nous l'avons déjà annoncé, que des recherches ultérieures ont fait soupçonner la présence de l'iode dans Hauterive, ce qui augmenterait encore le mérite de ces eaux. Voilà pour les élémens fixes.

Vient maintenant la question de la quantité du gaz acide carbonique, à laquelle nous avons attaché une si grande importance. Le tableau précédent semble nous donner un démenti, puisque, d'après nos études sur Hauterive, nous avions admis cinq à six volumes de gaz. Cette différence n'est qu'apparente, car les bouteilles remplies par M. Londe étant mal bouchées, le gaz s'était échappé en grande partie. Ajoutons que les bouteilles de M. Londe étant en grès, le gaz et même une partie des sels avaient pu s'infiltrer dans les pores du grès, ainsi que nous l'avons démontré dans un autre numéro. D'ailleurs, notre assertion portait sur l'*eau étudiée à la source même.* Nous nous fondions au reste sur cette observations pratique, que l'eau d'Hauterive, à la source, *faisait aisément éclater les bouteilles en verre*; or, l'eau de Seltz artificielle, qui contient trois volumes de gaz, ne fait pas éclater les bouteilles; donc, Hauterive devait en contenir plus de trois volumes. Telles étaient les données de notre conclusion. Quoi qu'il en soit, M. Londe a réclamé deux fois à l'Académie contre cette conclusion, et, il faut le dire, il l'a fait avec une vivacité peu académique; mais, d'une part, nous venons d'expliquer pourquoi l'eau puisée par M. Londe était en de mauvaises conditions; de l'autre, il nous serait facile de prouver que les observations que cet honorable médecin dit avoir faites à Hauterive, concernant le gaz, manquent de fondement. M. Londe ignore-t-il donc qu'il y a une grande différence entre le gaz insinué par la compression artificielle dans une eau, et celui que la nature a incorporé elle-même dans ses laboratoires souterrains? Le premier, en effet, s'échappe en un instant et rend l'eau mousseuse lorsqu'on débouche la bouteille, tandis que le second reste incorporé dans le liquide, et ne s'échappe que petit à petit. Par suite de ces raisons, une lettre que la commission avait reçue, dès le début de ces recherches, de la part du propriétaire d'Hauterive, protestait hautement contre la démarche irrégulière de M. Londe, et, en définitive, l'Académie n'a fait que remplir le vœu de l'auteur de cette lettre. Il faut être initié dans tous ces détails pour comprendre comment le calcul, la passion, peuvent quelquefois s'immiscer jusque dans les débats les plus innocens en apparence.

=Vichy.—La découverte de la nouvelle source d'eau minérale à Vichy donne lieu à de singulières péripéties. Des personnes, qu'on croit bien informées, assurent que M. le docteur Prunelle, qui a écrit dans le *Journal des Débats* une lettre aussi imprudente qu'exagérée, aurait reçu de M. le ministre du commerce l'ordre formel de s'abstenir d'imprimer le moindre mot à cet égard. La lettre de ce médecin, en effet, représente les sources de l'Etat presque comme ruinées par le fait de la découverte de M. Brosson, et il saisit une pareille présomption imaginaire (V. notre dernier numéro) pour lancer contre son antagoniste des accusations aussi absurdes que ridicules. L'impression que cette lettre a produit dans le public a été des plus fâcheuses pour l'établissement de Vichy, et plût au ciel qu'elle pût être complétement effacée. D'un autre côté, on ajoute que les habitans de Vichy font imprimer un démenti formel aux assertions de M. Prunelle. Il est, en effet, complétement faux que les belles fontaines minérales de Vichy aient éprouvé la moindre atteinte par la découverte de la nouvelle source, et cela devait être, ainsi que nous croyons l'avoir démontré. En attendant, on parle d'un procès que l'on se propose d'intenter à l'auteur de la décou-

verte, ce qui nous semblerait tout à fait déraisonnable. D'autre part, le journal la *Patrie*, du 23 mars, rapporte une longue lettre de M. Brosson, en réponse à celle de M. Prunelle, et dans laquelle ce médecin est combattu d'une manière assez péremptoire, au double point de vue hydro-géologique et pratique. Nous pouvons, au reste, affirmer comme un fait parfaitement constaté par M. O. Henry, que l'eau de la nouvelle source de Vichy contient de l'iode en assez forte proportion, circonstance importante, qui, jointe aux autres élémens qu'on lit dans l'analyse précédemment exposée (p. 9), donne à cette eau la plus grande valeur, et la place peut-être au-dessus de celle du grand établissement. L'analyse de M. Henry dément d'ailleurs formellement les assertions que M. Prunelle avait avancées dans le *Journal des Débats* sur la composition de l'eau de la nouvelle source. Ce médecin ne raisonnait en effet que par hypothèse. Nous espérons que lorsque les passions que la découverte avait excitées auront été apaisées, on finira par reconnaître que c'est là un nouveau bienfait pour l'humanité, pour la France, et en particulier pour Vichy; nous ne pouvons, dès à présent, envisager autrement une découverte aussi précieuse. « Les bonnes sources d'eaux minérales, a dit Pline, bâtissent des villes (*urbes condunt*) par le monde qu'elles y attirent! »

FAITS CRITIQUES.

DÉCLARATION DE M. LE PROFESSEUR FORGET. — Le savant professeur de Strasbourg paraît avoir été singulièrement ébranlé par notre dernière critique. Dans une nouvelle épître qu'il vient d'adresser à la la *Gaz. des Hop.*, le vieux soldat de la presse tient un langage bien différent de celui qu'il affectait naguère dans le même journal, et surtout dans le *Bull. de Thérap.* et dans la *Gaz. méd. de Strasbourg*, où il nous déversait l'injure à pleines mains. Ce n'est plus ce langage plein d'invectives et de dédain, ni cet air d'un géant du Nord sortant des cavernes des Grisons, un cimeterre à la main, sa vieille moustache retroussée, et menaçant d'abattre plusieurs têtes à chaque coup! Semblable au décrépit éléphant de la Bastille, le redoutable athlète d'autrefois a regardé ses ongles et son poil usés par le temps; il a senti ses jambes vaciller, sa proboscide hyposthénisée, et il a compris qu'il se suffisait à peine à secouer les moineaux et les rats qui infestaient sa vieille peau. (Allusion à quelques anciens écrits de M. Forget.) Aussi a-t-il déclaré qu'il renonçait à l'œuvre de réforme qu'il avait commencée, et il enverra prochainement son *Testament thérapeutique* dans une dernière épître à la *Gaz. des Hop.* Hélas! que de changemens en un instant! Le savant clinicien de la frontière nous refuse jusqu'au plaisir de le combattre, puisqu'il déserte aujourd'hui ses superbes promesses et son drapeau réformateur. Ecoutez son modeste langage :

« A Dieu ne plaise, dit-il, qu'en posant ces principes, nous prétendions faire du nouveau; bien au contraire : nous avons formellement déclaré que notre intention pure et simple est de soutenir les principes éternels de la science et de l'art, et de les défendre contre les *excentricités qui les menacent, de protéger la raison contre les envahissemens du paradoxe* (!). Il ne serait donc pas étonnant que quelques lecteurs n'y vissent que des choses banales et qui leur sont familières. Eh! c'est précisément ce que nous voulons; car notre but, encore une fois, est un but de *conservation* (!). Il serait tout simple aussi que les adversaires de nos idées n'y vissent que des erreurs de principes, car il est clair qu'il existe antipathie radicale entre notre école et celle qui, par exemple, envisageant le fer comme un hyposthénisant, se voit forcée de faire de la chlorose une inflammation des vaisseaux, etc.! »

Ainsi le voilà, le redoutable coryphée qui renonce à tout; il ne demande que sa retraite et une place de conservateur! Conservateur de quoi? des vieux monumens, sans doute; mais nous n'avons jamais visé à leur ruine. Loin de là, tous les efforts de l'Ecole Dynamique n'ont été dirigés qu'à la réparation de ces monumens fêlés par le temps, et que les guerres de l'empire pathologique avaient laissés tomber en ruine au détriment d'une infinité de malheureux qui sont restés victimes sous leurs décombres. Nous n'en voulons d'autre preuve que tous les malheurs incalculables causés par une toxicologie absurde, basée sur l'action locale des corps, et ne connaissant par conséquent d'autres remèdes que des neutralisans chimiques et la saignée. M. Forget lui-même, qui se déclare aujourd'hui conservateur (par modestie, probablement), a publié un excellent travail pour combattre le système déplorable des neutralisans chimiques, et ramener les esprits aux principes dynamiques nouveaux. Il est vrai que l'habile écrivain de Strasbourg, dans son profond savoir, a cru devoir ne citer personne, persuadé qu'il était, par distraction, sans doute, d'avoir inventé de pareilles idées, qu'il avait pourtant lues quelques années auparavant dans les *Epîtres toxicologiques* de son dévoué serviteur (!), et dans ce mauvais ouvrage qu'il décrie tant de M. Giacomini. Nous sommes loin de penser que certains savans puissent être comparés à ces mauvais enfans, qui, après avoir épuisé leur nourrice, lui mordent le sein; mais il doit nous être permis de reprendre notre bien. Le grand Bichat trouvait, lui, que la thérapeutique de son temps n'était qu'une écurie immonde. Cette écurie est encore à nettoyer, et assurément ce n'est pas ce que le savant professeur entend conserver; il est lui-même homme d'avenir, et ce n'est pas d'un ancien journaliste, qui a combattu pour le progrès, qu'on fera jamais un éteignoir, à moins d'une hypochondrie qu'on ne peut supposer dans l'espèce. Malheureusement cependant telle est la ténacité des principes acquis, bons ou mauvais, puisés sur les bancs des écoles, fortifiés par une longue routine, que l'esprit devient réfractaire à certains changemens, et certains savans sont comme les Turcs, qui appellent hérétiques les blancs voués à un autre culte.

Il s'agit donc de s'entendre, d'observer sans prevention pour arriver à l'œuvre de réparation à laquelle nous visons; nous ne vous demandons rien, nous n'avons aucun établissement marchand, orthopédique ou autre à faire valoir; nous vous soumettons des faits nouveaux, des vues, des questions, des inductions nouvelles qui pourraient changer la face entière de la thérapeutique, tout en conservant ce que la science possède déjà de bon; et vous nous appelez *excentriques, paradoxaux*, etc.!... Mais examinez sérieusement d'abord! Vous parlez d'*antipathie radicale* entre les deux écoles! mais comment le savez-vous, puisque nous vous avons prouvé que vous ne connaissiez pas nos principes? Le temps et la réflexion apaiseront, nous l'espérons, de pareilles préventions, et M. Forget, dont nous connaissons la loyauté et l'honorable caractère, ne sera pas des derniers à rendre justice aux services que nous aurons rendus à la thérapeutique. M. Forget paraît avoir été effrayé du mot *sub-artérite lente* que nous avions appliqué à la chlorose, et de la propriété hyposthénisante

des composés de fer. En attendant que nous puissions, dans un prochain numéro, essayer de démontrer cette double assertion, nous nous permettrons de demander à M. Forget lui-même qu'est-ce qu'il entend, lui, par chlorose. Il répondra sans doute : *une maladie du sang* ! Eh bien ! nous n'avons besoin de renvoyer à notre honorable antagoniste aucune des épithètes qu'il nous a adressées ; mais nous devons tout simplement dire, dans l'intérêt de la science, que c'est là une grande erreur. On prend l'altération du sang pour la maladie elle-même, tandis qu'il s'agit d'un effet secondaire. Le sang n'est pas susceptible de maladie primitive, par la raison que le sang n'est pas un organe. Qui dit *maladie* dit dérangement de fonctions, ce qui suppose l'existence d'un organe au moins. Or, le sang n'est qu'un stimulus intérieur, un agent et un produit à la fois des organes, et qui se modifie de mille manières par l'état fonctiennel des organes eux-mêmes. En conséquence, il est sous la dépendance immédiate de ceux-ci. C'est donc dans les organes qu'il faut chercher la source de l'altération du sang, et non dans le sang lui-même ; et les remèdes qui le modifient n'adressent leur action qu'aux solides qui le forment et le secrètent. D'un autre côté, la doctrine des *revulsions* à laquelle vous faites jouer un si grand rôle, est-ce autre chose qu'une chimère? Voilà les principes éternels ! Il s'agit par conséquent de savoir qui de nous est plus dans le vrai. C'est ce que nous verrons.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité d'anatomie médico-chirurgicale et topographique, par M. Petrequin, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon. Un vol. in-8° de pages xvi, 811; 1844. (A Paris chez MM. J.-B. et G. Baillière ; à Lyon, chez Gyot.)

L'ouvrage dont nous allons rendre compte offre ceci de remarquable et de différent des autres traités d'anatomie chirurgicale, qu'il embrasse l'ensemble des sciences médicales qui ont du rapport avec l'anatomie. La pathologie interne et externe, la médecine légale, l'obstétricie, ainsi que la médecine opératoire et les différentes spécialités qui se rattachent à ces chefs, ont été tour à tour contrôlées, le scalpel à la main, par M. Petrequin. Il en est résulté un travail considérable, dont l'accomplissement a dû exiger des recherches longues, laborieuses et difficiles ; car, nous le répétons, la science tout entière s'est trouvée de la sorte soumise à ce nouveau genre d'étude cadavérique. C'est déjà faire pressentir que l'auteur a eu l'excellente pensée de ne pas borner son grand travail au profit d'une classe exclusive d'élèves ou de savans.

Dans l'exécution de ce plan, M. Petrequin a profité, il va sans dire, de toutes les ressources de sa position, d'une longue observation sur un grand théâtre clinique, et de sa rare persévérance dans le travail. Aussi trouve-t-on des faits par masses disséminés dans chaque chapitre, et c'est ce qui relève, pour ainsi dire, la fadeur naturelle de certains détails d'anatomie. L'auteur suit dans son exposition l'ordre dit anatomique, *a capite ad calcem;* après avoir étudié les organes des sens et des cavités du tronc, il étudie les régions des membres point par point, et arrive partout à des conclusions pratiques d'un grand intérêt. On comprend qu'il nous est impossible de suivre l'auteur dans ces immenses détails ; nous aurions, sans doute, à plus d'un endroit, des objections plus ou moins sérieuses à lui poser ; mais cela peut tenir seulement à la manière de voir individuelle, et n'enlève rien au mérite intrinsèque de l'ouvrage. Un reproche général, cependant, pourrait peut-être lui être adressé, c'est d'être tombé dans le défaut qu'il avait reproché à quelques traités sur la matière, nous voulons dire d'avoir trop sacrifié à la pathologie et à la thérapeutique à l'occasion de tel ou tel point d'anatomie. Nous ajouterions, d'un autre côté, que M. Petrequin nous a semblé en même temps avoir trop insisté sur certains détails d'anatomie descriptive vulgaire. Peut-être qu'un peu plus de sobriété sur ces deux points lui aurait donné plus de latitude à des considérations générales, originales, dans chaque région, et la lecture n'en eût été que plus attrayante. Nous devons nous empresser, au reste, de reconnaître que le livre de M. Petrequin constitue une des productions remarquables de l'époque qu'on lira avec intérêt et profit, et qui doit réagir heureusement dans les études médico-chirurgicales, surtout de la province ; c'est un nouveau titre qui honore le talent et le savoir de l'auteur, et qui lui assure une place distinguée dans la science.

Recherches et observations sur les causes des Maladies scrofuleuses, par J.-G.-A. Lugol, médecin de l'hôpital Saint-Louis. Paris, un volume in-8°, prix : 7 fr. Chez Fortin, ~~Masson et~~ Ce, place de l'Ecole-de-Médecine, 1; même maison, chez L. Michelsen, à Leipsig, 1844.

— Illustres médecins et naturalistes des temps modernes ; par M. Is. Bourdon. Un vol. in-12, 1844.

— Nouveau traité des retrécissemens de l'urètre et des maladies qu'ils produisent, par M. Hubert Rodrigues. Un volume in-8°, 1843.

— Du traitement du cancer, etc., par M. le docteur Beauvoisin. Un volume in-8°, 1844.

— Rapport sur l'hydrothérapie, adressé à M. le ministre de la guerre, après un voyage fait en Allemagne, par le docteur H. Scoutetten, premier professeur et chirurgien en chef à l'hôpital militaire d'instruction de Strasbourg. Deuxième édition, augmentée de notes et d'observations. in-8; prix : 2 fr. A Paris, chez J.-B. Baillière, libraire.

Annales de thérapeutique. Le premier volume complet, broché, avec une belle couverture imprimée, est en vente au bureau du Journal. Année 1843-44. Prix : 10 fr.

Pour paraitre dans quelques semaines, chez Delacour et Maistrasse, imprimeurs-libraires, rue Saint-Hyacinthe-Saint-Michel, 33.

Nouveau traité philosophique d'ophthalmologie clinique, *basé sur les principes de la thérapeutique dynamique* ; par M. Rognetta. Un gros volume in-8°. (Petit texte.)

Cet ouvrage diffère essentiellement de tous ceux du même genre qu'on a publiés jusqu'à ce jour. On y trouve une pathologie oculaire générale et une thérapeutique oculaire générale, entièrement neuves. Toutes les maladies de l'œil, au reste, sont ramenées à des principes nouveaux, sous le double rapport pathologique et thérapeutique.

Erratum. — Dans le dernier numéro, p. 447, 1re col., lig. 18, au lieu de : *plus ou moins intelligent*, lisez : moins intelligent.

IMPRIMERIE DE E. BRIÈRE, RUE SAINTE-ANNE, 55.

Deuxième Année. **Ce Journal paraît le 1er de chaque mois.** **N° 2.—Mai 1844.**

ANNALES DE THÉRAPEUTIQUE

MÉDICALE ET CHIRURGICALE,

ET

DE TOXICOLOGIE.

PUBLIÉES PAR

M. le Docteur ROGNETTA,

Ancien Rédacteur de la *Gazette Médicale* et de la *Gazette des Hôpitaux.*

Cette publication a pour but d'approfondir l'étude des Médicamens, des Poisons, des Eaux minérales, et de faire connaître avec exactitude la Pratique des Hôpitaux de Paris.

(REVUE MENSUELLE DES HÔPITAUX.)

L'abonnement est de
Pour Paris..... 10 fr.
Pour la Province 12
Pour l'Etranger. 14

—

ON S'ABONNE A PARIS
Chez
LE RÉD. EN CHEF,
Rue des Petits-Augustins, 15 bis.

« Pour moi, je crois qu'un seul homme peut embrasser toutes les parties de l'art; et, puisqu'on les a divisées, je fais » surtout cas de celui qui réunit le plus de connaissances qui le concernent. »

(CELSE, liv. 7. c. 1.)

ETUDES SUR LES EAUX MINÉRALES.

« Les eaux minérales sont une richesse dont on doit compte à l'humanité.

» ALIBERT.»

DE L'ACTION DYNAMIQUE DES EAUX DITES SULFUREUSES.

Pour compléter ce que nous avions à dire sur les généralités relatives aux eaux réputées sulfureuses, il nous reste à les considérer au point de vue clinique. La seule observation empirique doit, il est vrai, diriger ici notre marche; cependant, nous ne devons pas omettre d'invoquer en même temps les lumières qui jaillissent des études précédentes. Nous avons vu en effet que, déduction faite du calorique, chaque élément constitutif de ces eaux, soit salin, soit gazeux, soit fixe, soit évaporisable, ne présentait dans une étude isolée qu'une action dynamique hyposthénisante, et cela devait être, telle étant la vertu de tous les composés métalliques indistinctement; ce sont en effet des corps hétérogènes, inassimilables; et lorsqu'ils entrent dans l'économie, ils troublent les fonctions et affaiblissent leur rhythme. Ces corps cependant offrent des différences, mais, ainsi que nous l'avons vu, ces différences ne tiennent qu'à l'action élective de chacun d'eux. Or, nous avons fait voir que pour les eaux en question l'action élective portait d'une part sur le système capillaire périphérique (système cutané et crypteux, externe et interne), et de l'autre sur quelques viscères intérieurs. Par la première action, les eaux sulfureuses sont devenues le remède par excellence des phlogoses cutanées externes et internes (dartres, bronchites, etc.); par la seconde, elles fournissent une puissance précieuse contre certaines maladies abdominales. Là, c'est l'élément sulfureux qui agit électivement, ici c'est l'élément salin à base alcaline. Par suite de son action générale d'ensemble cependant, on comprend pareillement comment le composé minéro-hydrologique dont il s'agit puisse devenir souvent un énergique remède contre les paralysies à fond d'excitation. L'étude *a priori* nous aurait déjà conduit à ces conséquences d'après ce que nous savions sur la nature des élémens minéralisateurs de ces eaux; et quand bien même l'expérience clinique n'eût déjà parlé à son tour, nous ne serions pas moins resté fidèle à ces conséquences, jusqu'à nouvel informé. Que l'on appelle tout cela de la théorie, peu nous importe; mais qu'avait-on jusqu'à ces études, sur les applications thérapeutiques des eaux minérales? Rien absolument, si ce n'est des erreurs sans nombre et un vide absolu de principes, d'idées et de méthode; aussi est-il souvent arrivé qu'on a prescrit l'usage de telle ou telle eau minerale au préjudice de la santé des malades. Venons aux applications pratiques.

En compulsant les documens que la science possède sur cette matière, en examinant particulièrement les faits dans leurs détails, en rapprochant ces faits de ceux que nous avons pu observer nous-même ou qui nous ont été communiqués par des médecins inspecteurs des thermes sulfureuses, nous trouvons partout la confirmation des conclusions précédentes. Prenons d'abord les affections chirurgicales dont le caractère est bien tranché, et bornons-nous, pour le moment, à ce qu'on observe annuellement en France. On traite tous les ans à Barège, à Cauterets, à Saint-Sauveur, à Bonne, à Bagnère-de-Luchon, à Bagnols, à Vernet, etc., un nombre considérable du sujets atteints de tumeurs blanches articulaires, d'ulcères anciens, de suppurations fistuleuses, de rétractions ou de raideurs musculaires, de plaies anciennes ou de cicatrices incertaines et douloureuses, de tumeurs scrofuleuses avec ou sans carie ou nécrose, de périostites et d'ostéites chroniques, d'exostoses, d'ankyloses plus ou

moins complètes, de coxalgies, etc. etc.; on les traite, disons-nous, à l'aide des bains entiers, des demi-bains, des bains locaux, des bains de vapeurs minérales (*vaporarium*), de douches liquides ou gazeuses, de fomentations boueuses ou aqueuses, d'injections, et en même temps de l'usage interne des eaux ; il en résulte soit des améliorations, soit des guérisons ; les tissus malades se ramollissent, se dégonflent, se détergent, perdent leur caractère cacochyme, leur suppuration diminue, ils se couvrent de bourgeons charnus de belle apparence ; par suite de cette détente, les corps étrangers, les balles, les fragmens osseux, les sequestres qui entretenaient la suppuration et les fistules se détachent et tombent, et à l'aide de quelques secours chirurgicaux, la nature opère la guérison. Est-il possible de voir autre chose, dans ces phénomènes, qu'une action antiphlogistique, hyposthénisante puissante qui combat l'élément dynamique morbide, l'inflammation, qui s'opposait jusque là au travail réparateur? On ne parle cependant que de tonicité, de stimulation dans l'action de ces eaux ; et l'on ne réfléchit point que ce qui stimule, ce qui excite, ce qui tonifie, ne fait que tendre d'avantage les fibres, les endurcir, les enflammer et augmenter la maladie. Vous défendez, en effet, soigneusement, et avec raison, à ces sortes de malades de marcher, afin d'éviter l'irritation, l'inflammation ; et vous vous gardez bien de leur appliquer des topiques réellement excitans ou toniques, comme l'alcool, l'eau-de-vie, le vin, la canelle, etc, l'expérience vous ayant appris que ces applications nuisent en exaltant l'inflammation préexistante, en augmentant le gonflement, la suppuration et la douleur. Comment se fait-il donc que vous caractérisez de toniques, d'excitans, des corps qui, comme les eaux en question, produisent précisément des effets opposés ? Il y a donc là erreur fondamentale dans l'appréciation du remède, et cette erreur n'est pas une chose indifférente, une simple affaire de théorie ou d'abstraction, car elle conduit souvent à des applications fâcheuses, par cela même que les indications de ces applications ne sont pas exactes, ainsi qu'on le verra tout à l'heure. Nous le répétons, cette mollesse onctueuse que la peau acquiert sous l'influence de l'eau sulfureuse, cette détumescence, cette disparition de la douleur, de la chaleur et de la suppuration, sont autant d'effets dynamiques hyposthénisans auxquels on doit rattacher les autres phénomènes.

Soit un ulcère variqueux à une jambe, ulcère ancien, rebelle aux médications ordinaires, ou ne guérissant qu'incomplétement par celles-ci. Le malade va aux eaux sulfureuses, et il revient radicalement guéri. On ne voit là qu'un effet de la prétendue action tonique des eaux, et l'on oublie que ce qui s'opposait à une guérison solide jusque-là, c'était l'état d'induration phlogistique sourde des tissus adjacens à l'ulcère, du tissu cellulaire environnant ; c'était en outre l'espèce de sub-phlogose qui s'était emparée chroniquement des veines du membre et des vaisseaux capillaires des alentours de l'ulcère. Les médications ordinaires avaient été insuffisantes à combattre complétement une pareille condition pathologique ; aussi l'ulcère se rouvrait-il ou prenait-il de l'extension à chaque instant. Qu'a-t-elle fait l'eau sulfureuse? Par son action hyposthénisante vasculaire périphérique, que nous avons démontrée dans l'article précédent, par son effet continu et pénétrant, par son passage endosmosique dans les tissus profonds, elle combat précisément l'état morbide que nous venons de signaler, et l'ulcère marche vers une cicatrisation solide. Est-ce là de la théorie? Soit, si vous voulez ; mais au moins c'est là un guide, un principe régulateur de la pratique qui, sans rien enlever à l'observation et à l'expérience empiriques, donne à celles-ci une valeur scientifique réelle, et précise les indications thérapeutiques. On va voir cependant que ces données sont bien autrement précieuses. Poursuivons ce coup d'œil rapide sur les maladies que nous venons d'indiquer.

Dans les tumeurs blanches et dans les ankyloses, la condition pathologique est le plus souvent double, comme on sait : l'une dynamique et de nature inflammatoire, l'autre mécanique et antérieure ou consécutive à la première (tubercules, pus, fausses membranes, épaississemens, indurations, gonflement, érosions, etc.). Il est clair que, lorsque les eaux sulfureuses sont utiles dans ces cas, elles n'agissent autrement qu'en combattant la condition dynamique de la maladie ; les parties reprennent plus ou moins leurs fonctions suivant que les altérations mécaniques persistantes sont plus ou moins considérables ; ces altérations ne sont réductibles qu'autant que l'élément dynamique les domine. En conséquence, l'action des eaux dans ces occurrences n'a rien de mystérieux, elle remplit des indications positives, et ses résultats peuvent être déterminés d'avance approximativement en les mesurant sur la seule condition de la maladie à laquelle elle s'applique. Les rétractions des tissus fibreux ou musculaires disparaissent du moment que leur condition phlogistique ou irritative aura été dissipée, et si le membre reprend ses fonctions avec ou sans soudure de l'articulation, c'est uniquement parce que l'élément inflammatoire a été dissipé par l'action de l'eau. Qu'on ne croie pas néanmoins que nous ne tenons aucun compte de l'effet mécanique que la douche peut exercer dans ces occurences, ainsi que des boues chaudes ou des courans de gaz qu'on dirige sur la région malade. Selon nous, la percussion de la douche n'aurait par elle-même qu'un effet peu important, ou même nuisible, si elle n'était combinée à l'action dynamique de l'eau minérale ; en effet, l'effet n'est pas du tout le même si la douche est administrée avec de l'eau simple. L'action mécanique de la douche, combinée à celle du calorique du liquide, a pour résultat direct d'enflammer les parties, ou plutôt de faire passer l'inflammation préexistante de l'état chronique à l'état aigu ; aussi l'articulation se gonfle-t-elle, rougit, et devient douloureuse sous l'action de la douche ; mais bientôt cette action est suivie d'un effet résolutif ; cela est dû à l'action hyposthénisante des principes minéraux et de l'évaporation du liquide des surfaces malades, ce qui amène une réfrigération dans ces parties. La chaleur humide et la percussion de l'arrosoir

constituent sans doute un moyen de ramollissement du derme et de gonflement de ses mailles ; mais ce n'est là qu'une sorte d'impulsion à l'endomose organique, qui devient consécutivement la source de l'action hyposthénisante qui pénètre les tissus profonds et les dispose à l'absorption.

« La douche, comme tous les autres remèdes, doit être en rapport avec les affections pour lesquelles on la prescrit; sa qualité, sa force et sa durée doivent être réglées sur la nature et l'intensité du mal; aussi serait-ce une erreur de penser, avec quelques personnes peu expérimentées, que ses effets sont d'autant plus énergiques qu'on la reçoit plus longtemps. La seule impulsion de l'eau, suivant la hauteur de sa colonne, ainsi que le diamètre de l'ajoutage, change déjà complétement sa manière d'agir; et la direction imprimée au jet, de même que la position du malade qui le reçoit, influent considérablement sur les résultats qu'on doit en attendre. La pression exercée par l'eau et le choc produit sur la partie souffrante sont d'autant plus vifs que la colonne de liquide tombe plus perpendiculairement à la surface qu'elle frappe. Les malades négligent généralement ce principe, et flattés par la sensation plus douce qu'ils éprouvent, ils disposent leurs membres d'une manière oblique à sa direction; la douche ne fait alors qu'effleurer la partie sur laquelle on voulait concentrer toute sa force, ses effets deviennent presqu'illusoires, et elle ne remplit qu'imparfaitement l'indication proposée. Il est cependant des circonstancee où, en administrant les eaux d'une manière douce et suivant une direction oblique, l'on obtient des effets avantageux. La douche qu'on prend dans ce cas, par irrigation, rentre dans le domaine des douches à faible courant ou mitigées, ce qui lui donne une façon d'agir et des propriétés spéciales. Comme le remède opère alors lentement, sans porter dans l'exercice des organes le trouble et le mouvement qui sont inséparables des douches à forte percussion, on peut en prolonger plus longtemps l'usage; on les emploie ainsi de préférence dans les engorgemens articulaires bornés à une petite étendue, dans les obstructions viscérales superficielles, dans les catarrhes chroniques, accompagnés de spasmes, et dans les écoulemens muqueux très-légers. » (C. Despine, Eaux d'Aix en Savoie, p. 145.)

« Il sera prudent de commencer l'usage de la douche par l'arrosoir, et même de la continuer sous ce mode quand on veut agir sur des organes qu'une surexcitation trop énergique pourrrait compromettre; tels sont le foie, la rate, l'épigastre, la région de la vessie, les testicules et la matrice. La grande et la petite douche de Barége sont bien loin toutes deux de remplir les conditions d'une véritable douche; elles tombent comme une cascade en un jet parabolique, de la hauteur d'un mètre environ, sur les parties malades; elles peuvent plutôt passer pour une forte effusion, dont l'excitation locale est douce, modérée, et peu susceptible d'une vive réaction. Nous pensons que l'excès de la température de la colonne aqueuse les dédommage amplement de la faiblesse de leur pression mécanique, et qu'elles peuvent encore rendre de grands services dans une foule de circonstances. On ne passe ordinairement aux douches qu'après avoir pris quelques bains. La manière d'administrer la douche n'est pas indifférente. On commence d'abord par la faire jouer sur les parties voisines, afin d'arriver progressivement au siège du mal. Quand elle menace d'exciter d'une manière fâcheuse, au lieu de diriger la colonne aqueuse d'aplomb, comme c'est l'habitude, on lui donne une direction oblique aux parties malades. Si elle réveille quelques douleurs ou produit de l'inflammation, il faut la supendre quelques jours et la remplacer par des fomentations ou des ondées. Le membre douché doit être appuyé et soutenu, afin de laisser les muscles dans le repos et le relâchement. La durée de la douche varie, elle ne doit point dépasser vingt minutes. En raison des vapeurs sulfureuses dégagées par le projectile aqueux et concentrées dans un cabinet peu espacé, la grande douche agit à la manière des bains de vapeur, et ne tarde pas à solliciter de la surface cutanée une abondante pluie de sueur.... Quand les bains et les douches sont indiqués, on les alterne ordinairement de deux jours l'un. Il serait dangereux d'avoir recours à ces deux moyens dans la même journée. » (Baudens, Eaux thermales de Barége.

Ce que nous venons de dire de ces maladies s'applique également aux autres affections chirurgicales que nous avons indiquées. Une rétraction musculaire, une cicatrice ou un cal douloureux, une coxalgie, etc., ne se rattachent dans l'état actuel de la science qu'à un travail phlogistique sourd, et l'eau sulfureuse n'opère autrement ses belles cures qu'en détruisant une pareille condition morbide. Si nous passons à présent à la classe des maladies dans lesquelles les eaux en question ont le plus de puissance, savoir les dermatoses, nous retrouvons la confirmation du même fait, d'une manière plus éclatante encore. Ici, en effet, l'action hyposthénisante est très-prononcée par suite de sa tendance élective vers l'organe cutané, et si l'on veut se rappeler que les affections dermiques dans lesquelles ces eaux produisent d'excellens effets sont précisément celles dont le fond est de nature inflammatoire ou d'excitation, et qu'on ne traite communément avec avantage qu'à l'aide de remèdes antiphlogistiques, on reconnaîtra l'exactitude de la thèse que nous soutenons. Voici, au reste, comment le docteur Granetti de Piémont s'exprime à ce sujet, dans son estimable opuscule sur les eaux sulfureuses d'Acqui, imprimé en 1841. « Parmi les maladies cutanées si diverses qui affectent la race humaine, on ne doit pas, dit-il, considérer celles qui sont de nature fébrile (exanthèmes), et qui après avoir surmonté la période d'acuité se dissipent spontanément en s'écaillant; ni celles qui y apparaissent sans fièvre et qui n'y restent que peu de temps; mais bien celles qui s'offrent avec un caractère d'acuité, et que les praticiens connaissent sous le nom *d'impetigo* ou dartres. Selon Pierre Franck, on doit entendre par *impetigo* toutes les maladies chroniques de la peau qui existent sur un fond cachectique et qui s'offrent sous forme de taches qui durent longtemps, d'apretés, de pustules, d'écailles épidermiques, de gerçures ou de croûtes, d'ulcères ou d'excroissances, et qui s'accompagnent rarement de fièvre; encore la fièvre n'est-elle que secondaire. M. Rayer entend, lui, par impétigo, une phlogose cutanée apyrectique, non contagieuse, caractérisée par de petites pustules agglomérées ou discrètes, et que Willan appelait psydraciques, et dont l'humeur se desséchant forme des croûtes jaunes, lamellaires et saillantes. Sauvage a réuni sous la dénomination

d'*impetigo* les maladies dont le caractère est de choisir pour siége le tissu cutané, de régner à l'état chronique et d'être souvent contagieuses et virulentes, comme les syphilides, le scorbut, l'éléphantiasis, la lèpre, la gale et la teigne. M. Chiarugi emploie la parole impétigo dans le sens de Plenck, et il la définit : une éruption de papules non suppurantes, très-petites, réunies sous forme de taches rudes, peu saillantes, accompagnées de prurit, qui se couvrent d'écailles minces, furfuracées, lesquelles se détachent promptement pour se reformer promptement.

» Quant à nous, nous prenons le nom impétigo dans le sens le plus générique, et nous l'appliquons à toutes les maladies chroniques de la peau. Nous ne devons pas nous arrêter ici à signaler les formes diverses et nombreuses qu'elles affectent; mais nous les avons, au point de vue de l'application clinique de nos eaux thermales, partagées en trois groupes, savoir : 1° celles qui sont produites par contagion; 2° celles qui sont accompagnées et entretenues par une désorganisation du tissu cutané; 3° enfin, celles qui existent sans phlogose, et qui déforment la peau sans incommoder beaucoup. Cela posé, nous pouvons affirmer, d'après notre longue expérience aux eaux d'Acqui, que les éruptions du premier groupe sont refractaires à l'action de nos thermes, aucune cure complète n'ayant jamais pu être obtenue chez nous; de ce nombre sont, par exemple, la gale et les éruptions vénériennes. Quant aux affections du second groupe, soit que les principes minéralisateurs de nos eaux irritent les tissus malades, soit qu'ils y exercent une action chimique, ces eaux sont non-seulement inutiles, mais aussi absolument nuisibles, ce qui n'a point lieu par les bains d'eau commune rendue émolliente et tiède. J'ai vu très-souvent des herpes très-douloureux, situés dans différentes parties du corps, s'exaspérer par l'usage de nos thermes, tandis que les bains d'eau commune les amendaient. Quand les maladies cutanées sont accompagnées de désorganisation du tissu cellulaire, comme dans l'eczème chronique, dans l'éléphantiasis des Grecs, dans la lèpre, dans le psoriasis, etc., nos eaux thermales ne leur sont pas favorables, à moins d'avoir préalablement modifié, à l'aide d'applications légèrement caustiques, les petites bouches béantes des vaisseaux excréteurs morbides qui sont la source d'une secrétion pervertie. S'il s'agit enfin de maladies cutanées non accompagnées d'inflammation superficielle, et qui recouvrent pour ainsi dire la peau, nos eaux produisent des effets admirables. Pour prévenir cependant la récidive, il faut que les parties soient parfaitement dépouillées de leurs croûtes; et après l'application des premiers bains, si l'on découvre quelque altération dans les extrémités des vaisseaux excréteurs, on doit changer leur mode de vitalité par l'application de quelque léger corrosif, comme, par exemple, d'une pommade contenant 5 centigr. (un grain) de deuto-chlorure de mercure par 30 grammes (une once) de graisse qu'on étale sur les endroits malades. Une circonstance importante dans l'usage des eaux sulfureuses aux affections cutanées, c'est que dans le principe le bain soit réduit à la température naturelle de l'atmosphère; car toutes les affections cutanées étant à fond d'excitation, s'irriteraient si on employait l'eau trop chaude. D'un autre côté, il ne faut pas que l'eau soit tout à fait froide, car le bain devient alors trop débilitant; le froid, en effet, agit par sa propriété négative, comme l'obscurité par rapport à l'œil, la diète, etc. Graduellement, cependant, la température peut être élevée jusqu'à 16° R.; au-delà, l'eau exerce une action irritante. Nous avons pour pratique de commencer le traitement par des bains d'eau simple, puis d'eau mêlée à de l'eau minérale; on augmente graduellement la proportion de cette dernière jusqu'à la tolérance. On doit joindre à ces bains une nourriture rafraîchissante et l'usage intérieur de l'eau minérale, surtout si l'affection dermique est compliquée d'un état général maladif, scorbutique ou scrofuleux. Nous avons trouvé d'une grande utilité, après le cours des bains, l'usage des sucs de fumeterre, de *cochlearia*, de gaïac, de salsepareille, de bardane, de douce-amère; de l'hydrochlorate de barite et de chaux chez les sujets scorbutiques, etc. »

Ces observations de M. Granetti sur l'action locale des eaux n'ôtent rien aux déductions que nous avons tirées de nos études sur leur action dynamique, puisque nous distinguons soigneusement nous-même l'action physico-chimique, dont la nature est fort souvent opposée à celle de l'action dynamique, comme dans le cas en question. Nous continuerons le développement de ces questions dans le prochain numéro.

DOCUMENS HYDROLOGIQUES.

Heure du bain. — Parmi les questions pratiques importantes qui se rattachent au sujet des bains, il en est une sur laquelle nous voulons appeler l'attention, nous entendons parler de l'heure à laquelle on doit prendre les bains dans les établissemens d'eaux minérales. L'usage a déjà établi qu'il faut prendre les bains le matin à jeun. Cette mesure offre une importance que tout le monde ne sait peut-être pas apprécier à sa juste valeur. Le but du bain médicamenteux étant d'introduire du liquide dans l'organisme par l'absorption cutanée, il est clair que le matin, après le repos de la nuit, après la transpiration et la digestion de la veille, et avant qu'on ait rien mangé, le corps est dans les meilleures conditions pour atteindre le but de l'absorption. Aussi est il de rigueur de ne prescrire la boisson de l'eau minérale que pour le courant de la journée, ou après le bain, par la raison que ce serait autant de perdu dans l'absorption dermique. Il peut y avoir intérêt à ce qu'on profite le plus possible de l'absorption cutanée; en conséquence, plus le système vasculaire est vide quand on entre dans le bain, plus l'absorption sera grande. Par la même raison, on doit, si cela se peut, ne permettre des alimens qu'à la sortie du bain. Il ne s'en suit nullement qu'il soit avantageux de faire lever les malades dès trois heures du matin pour prendre les bains, ainsi que cela se pratique à Vichy, à moins que les heures ordinaires du coucher ne soient expressé-

ment changées pour cela. Il est clair que si le sommeil est interrompu, s'il ne s'est pas passé un temps assez long pour la digestion du dernier repas, l'organisme n'est pas dans les meilleures conditions pour profiter du bain. Ces remarques peuvent s'appliquer pareillement aux bains simples lorsqu'on les prescrit comme remède. On ordonne quelquefois deux bains par jour; cette pratique n'est pas des meilleures quand il s'agit de maladies chroniques; le second bain, en effet, profite peu au malade, par la raison qu'à l'heure du soir à laquelle on est obligé de le prendre, le système vasculaire est déjà saturé par l'absorption des alimens et de l'eau du jour. Il est donc plus convenable de s'en tenir à un seul bain par 24 heures, et de s'aider pour le reste de la journée avec de l'eau minérale en boisson. Il ne faut pas oublier, au surplus, que pour les affections viscérales, la boisson abondante profite beaucoup plus que le bain lui-même. Nous avons d'ailleurs démontré dans le t. I de ce journal combien il était important de ne prendre les bains qu'à une température modérée. Aussi trouve-t-on sous ce rapport de grandes ressources aux thermes fournis de fontaines de différentes températures; là, en effet, on peut faire des mélanges convenables sans altérer l'eau minérale par l'addition de l'eau commune. Comme boisson, on doit, à circonstances égales, préférer les sources minérales froides.

La durée du bain est un sujet digne de la méditation du praticien. Dans un bain très-thermal, comme ceux qu'on donne au mont d'Or et ailleurs, les malades peuvent à peine rester de 5 à 10 minutes; le corps absorbe sans doute, mais peu, relativement à ce qu'il absorberait par un séjour prolongé dans l'eau; le calorique, dans ces sortes de bains, est un agent dont on doit redouter les effets. On doit, en général, préférer pour les maladies chroniques les bains prolongés, par conséquent d'une température modérée. On a fait remarquer avec raison qu'un bain de 10 heures, divisé en dix bains d'une heure, n'équivalait pas à un seul bain de 6 heures (Granetti, Sulle terme d'Acqui). On doit, au reste, en régler la durée d'après le degré de tolérance; on peut, s'il n'y a pas de contre-indication, permettre quelquefois au malade de petites gorgées de bon vin vieux pour le relever des faiblesses qu'il pourrait éprouver pendant un long séjour dans l'eau. On croit communément que les eaux réussissent lorsqu'après les premiers bains les malades éprouvent une exaspération de leurs souffrances. Cette circonstance n'a lieu ordinairement qu'aux thermes très-élevés; elle tient à l'action stimulante du calorique, et elle est loin d'être appréciée comme elle le mérite. De ce que certaines maladies chroniques ont besoin de revenir à l'état aigu pour marcher vers une résolution franche et complète, il ne s'ensuit pas qu'une pareille exaspération soit indispensable pour la guérison. On doit donc éviter généralement une pareille recrudescence, si cela se peut, en ne permettant que des bains d'une température douce. Cette recrudescence serait elle-même très-nuisible si elle n'était bientôt combattue par l'action dynamique des principes minéralisateurs, laquelle succède à celle du calorique. On pense que le bain est salutaire lorsque le malade éprouve une sueur douce et prolongée, et un sentiment de bien-être général. Pour ne pas troubler ce travail consécutif, on doit se coucher après le bain, sans beaucoup se couvrir, et ne prendre des alimens qu'après un repos convenable.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

—

DU TRAITEMENT DES OPHTHALMIES, EN PARTICULIER DES CONJONCTIVITES; *par M. Mackenzie.— — Remarques critiques.*

Le traité des maladies des yeux de M. Mackenzie commence à peine d'être connu en détail parmi nous, depuis la traduction que viennent d'en donner MM. Laugier et Richelot. Nous croyons faire chose utile à la pratique de mettre en pleine évidence ce qu'il y a de bon ou de contestable dans cet ouvrage, de signaler les idées neuves et utiles, ou ce que nous croyons être des erreurs, qu'on y rencontre; et voir enfin s'il répond à tous les besoins de la science dans cette partie. On ne suspectera pas notre impartialité dans l'examen critique auquel nous allons nous livrer, puisque nous avions déjà cité souvent avec éloge cet ouvrage, que nous possédions en anglais, et que l'auteur lui-même, dans la dernière édition qu'on vient de traduire, nous fait l'honneur de se prévaloir de nos propres travaux et de nous citer avec bienveillance. Tout en témoignant notre reconnaissance à M. Mackenzie, nous remplirons notre devoir envers la science en rendant nos impressions avec franchise, soit que nous le louions, soit que nous le critiquions; nos remarques, d'ailleurs, ne doivent s'appliquer qu'aux idées, et non à l'auteur, pour lequel nous professons une haute estime. Nous nous arrêterons dans cet article aux conjonctivites, les plus fréquentes des maladies de l'œil. Pour donner à cette excursion le caractère d'un article de fond nous nous permettrons d'y mettre quelque chose de nos propres idées, et nous ne nous arrêterons que sur les points qui nous paraissent dignes d'être notés.

M. Mackenzie n'a pas donné une description de la conjonctivite franche ou essentielle. Son type des conjonctivites aiguës est l'ophthalmie catarrhale; il fait suivre celle-ci des ophthalmies purulentes, dont il fait autant de tableaux distincts, mais il fait précéder le tout d'un chapitre important de généralités. Nous sommes bien aise de faire remarquer d'abord que M. Mackenzie a adopté une idée que nous avions émise le premier, savoir que, dans les ophthalmies de quelque intensité, tous les tissus de l'œil sont plus ou moins intéressés. « On parle, dit-il, de conjonctivites, de sclérotite, de cornéite, d'iritis, etc., mais il doit être bien entendu que dans aucune de ces affections l'inflammation n'est entièrement limitée au tissu particulier indiqué par ce nom. La maladie a seulement son point de départ et son siége principal dans ce tissu; les parties voisines sont plus ou moins intéressées. » — Pour prouver cette assertion, l'auteur se prévaut d'une dissection que nous avions faite, il y a longtemps, de l'œil d'un sujet mort à la clinique de M. Lisfranc. Puis il ajoute : — « Il est évident qu'on ne peut traiter sans distinction et avec succès les affections inflammatoires de parties qui diffèrent autant

pour la structure et les fonctions que celles qui sont associées dans l'œil. Ainsi, les remèdes qui suffisent pour enlever l'inflammation de la conjonctivite en quelques jours, ne font qu'aggraver l'inflammation de la sclérotique ou de l'iris; tandis que, si l'on applique à la conjonctivite le traitement qu'amène promptement la guérison de la sclérotite ou de l'iritis, on expose l'œil à une destruction presque certaine. » — Bien que nous regardions comme exagérée une pareille conclusion, par la raison qu'en thèse générale il n'y a selon nous qu'une seule méthode, au point de vue dynamique, capable de combattre efficacement les inflammations, quels que soient leur siége et leurs complications, les différences dans les moyens employés n'étant que dans leur degré d'énergie et dans l'action élective, néanmoins nous attachons une grande importance à l'individualisation anatomique des ophthalmies. Il y a loin cependant de cette distinction acquise à la science depuis plus de 30 ans, et que nous avons suivie dans nos cours et dans nos écrits, aux élucubrations singulières de quelques oculistes, et qu'aucun chirurgien digne de ce nom n'a adoptées. La localisation anatomique est un fait important, acquis par les travaux des grands pathologistes; tandis que la *spécificité* n'est qu'une chimère, une sorte de mystification savante dans le genre de l'homœopathie, et qui n'a même pas le mérite de la nouveauté. M. Velpeau a fait voir que la prétention de déduire de certains états de l'œil l'existence de certaines conditions pathologiques constitutionnelles ou des organes intérieurs (et que rien ne décèle d'ailleurs) était aussi absurde que futile en principe, et dangereuse en pratique, à cause des médications sans indication qu'elle conduisait à prescrire. Malheureusement les oculistes exclusifs se sont jetés dans toutes les aberrations imaginables; ils ont fait des combinaisons, des mélanges bizarres de médicamens comme d'idées; ils ont semé la prévention contre l'ancienne puissance de l'art dans ces ophthalmies; et, par leurs hypothèses d'humorisme, de goutte, de rhumatisme, d'hémorrhoïdes, de psore, de variole, de scarlatine, de cachexisme, de menstrues, etc., ils ont tout confondu, et ils ont fini par prescrire en dernière analyse des médications aussi mal fondées qu'inutiles, et souvent nuisibles. On ne fera pas avec fondement ce reproche à M. Mackenzie; cependant on ne peut s'empêcher d'un certain étonnement de rencontrer dans ces chapitres, si estimables à tant d'égards, des assertions comme celle-ci : — « Il y a lieu de croire que l'ophthalmie phlycténulaire (scrofuleuse) dépend dans beaucoup de cas de la formation d'un acide qui, engendré dans l'estomac, passe dans les entrailles, se mêle avec la bile, et produit des garde-robes vertes et une irritation générale. Quand il en est ainsi, on peut souvent obtenir du soulagement de l'emploi des anti-acides. » — On aurait bien de la peine aujourd'hui à faire accepter ces anciennes croyances d'humorisme chimique; M. Mackenzie se distingue par des idées bien autrement élevées que celle-là. Et cette autre : — « L'ophthalmie catarrhale cède facilement à un traitement très-simple, principalement *stimulant*. » Et cette troisième : — « Les fomentations chaudes, les vapeurs de laudanum, les frictions opiacées sur la tête, et autres moyens semblables servent à modérer la douleur. » — Et plus loin, à propos des ophthalmies chroniques : — « La solution vineuse d'opium est appliquée soit pure, soit étendue ; elle se montre très-utile dans la plupart des inflammations chroniques des yeux; c'est en outre un excellent tonique pour prévenir les récidives. » — (Tout ce qui excite cependant, favorise au contraire les récidives). Puis encore : — « L'opium agit non-seulement comme anodin, mais encore comme régulateur. » — (Singulier régulateur !)

En revanche, cependant, on trouve cette belle observation sur les inconvéniens de l'usage des collyres saturnins, déjà signalés par Weller : — « Si l'on applique une solution d'acétate de plomb sur une partie de la conjonctivite à l'état d'excoriation ou d'ulcération, l'acétate se décompose, et il se dépose un précipité blanc qui adhère avec tenacité à la conjonctivite, et se trouve fixé dans la cicatrice, à mesure que la membrane guérit. Si cette incrustation se fait dans la conjonctivite de la cornée, elle peut altérer gravement la vision. L'aspect produit par la décomposition du plomb sur la conjonctivite ne peut donner lieu à aucune erreur. Son opacité matte, qui offre l'apparence de la craie, permet de la distinguer faciliment de la cicatrice la plus dense qui puisse résulter d'une simple ulcération. Dans un cas, j'ai réussi à détacher une écaille de plomb qui était déposée sur la cornée ; mais en général le plomb est tellement incorporé avec la cicatrice, qu'il est impossible de l'en détacher. » — M. Cunier a rencontré dernièrement quelque chose de semblable, mais il a oublié de dire que son observation n'était pas nouvelle, puisque nous l'avions nous-même rappelée dans une affaire récente d'intoxication saturnine où nous avons dû intervenir comme expert. Il y a là, comme on le voit, la confirmation de ce que nous avons soutenu, savoir : que des lavemens répétés avec l'acétate de plomb, dans un intestin malade, ulcéré ou non, peuvent laisser des restes de ce métal pendant un temps indéfini. Quel cruel démenti aux assertions de M. Orfila ! Que Dieu pardonne ses savans péchés !

Des quatre dispositions que les injections oculaires externes affectent dans les ophthalmies, savoir : la réticulaire, la fasciculaire ou lancéolée, la zonulaire et la variqueuse, les deux premières seules appartiennent aux conjonctivites; les autres se rattachent aux phlogoses de la cornée, de l'iris, de la choroïde et de la sclérotique, et leur siége n'est pas dans la couche muqueuse superficielle, comme celui de la première. Ces injections cependant se confondent souvent entre elles, ou plutôt sont masquées par les extravasations qui s'opèrent dans le tissu sous-conjonctival, lorsque le mal est intense ou que tous les tissus sont pris à la fois. C'est ce qui a lieu le plus souvent dans les conjonctivites aiguës. Néanmoins, il faut en tenir compte pour les cas où l'individualisation anatomique est possible. M. Mackenzie attache une grande importance

à l'espèce de douleur que l'ophthalmie présente, surtout lorsque la présence du chemosis empêche un diagnostic anatomique rigoureux. Il pose en fait que lorsque le mal est borné à la muqueuse, la douleur est limitée dans l'enceinte palpébrale, et simule l'incommodité déjà connue d'un corps étranger dans les yeux, et qu'elle devient périorbitaire du moment que la phlogose gagne la cornée, l'iris, la sélérotique, la choroïde, etc. Il déduit de là une conséquence assez importante. Tant que la douleur est bornée dans l'enceinte palpebrale, la saignée générale est inutile ; les remèdes locaux sont efficaces ; mais, du moment que la douleur devient circumorbitaire, la saignée du bras est d'un grand secours, et cette douleur n'est apaisée que par la saignée générale. Tout en tenant compte de ces données, nous pensons que c'est sur l'état du pouls qu'il faut surtout se régler pour ouvrir la veine ; d'un autre côté, nous répétons que, de ce que la saignée est insuffisante pour abattre une conjonctivite intense, purulente ou non, on ne peut en déduire son inutilité lorsque le pouls signale un état de pléthore générale. La même remarque, nous l'appliquons aux hyposthénisans généraux que nous croyons également utiles dans ces occurrences (tartre stibié, nitrate de potasse, calomel, etc.), ce qui n'empêche pas d'ailleurs de recourir en même temps aux remèdes locaux appropriés ; leur action devient alors plus énergique et plus salutaire. Nous ne pensons pas qu'il soit exact de dire, avec M. Mackenzie, que : — « Il n'y a aucune maladie inflammatoire de l'œil qui puisse être guérie par la saignée seule » ;—mais nous adoptons plus volontiers cette autre proposition du même auteur, qui contredit un peu la précédente, savoir : « que la plupart des ophthalmies internes sont promptement arrêtées par la saignée générale, tandis que la saignée locale a relativement peu d'effet sur elles. Dans la conjonctivite puro-muqueuse chronique, on fait beaucoup plus de bien en scarifiant la face interne des paupières, qu'on ne pourrait en obtenir par les sangsues ou la phlébotomie. » — Et cette troisième : — « Les moyens généraux ont beaucoup moins d'importance dans cette maladie (conjonctivite catarrhale) que les moyens locaux. »

Une autre observation digne de remarque, et qui est propre à M. Mackenzie, est relative aux inconvéniens de l'usage trop prolongés des collyres de nitrate d'argent : — « Au bout de six semaines ou deux mois, dit l'auteur, la conjonctivite contracte, par suite de cette application, une légère nuance olive. Si la solution était forte, et si elle était employée pendant plusieurs mois, la teinte est beaucoup plus foncée, et elle donne, non seulement à la conjonctivite oculaire, mais aussi à celle de la paupière inférieure, une coloration brun verdâtre sale, qui produit une difformité permanente et très-apparente. Le nitrate d'argent incorporé dans une cicatrice de la cornée produit quelquefois une tache noire, mais ce fait est rare. » — L'auteur fait remarquer, ainsi que nous l'avions noté nous-même, que lorsqu'on applique une solution de nitrate d'argent sur l'œil, le sel argentique est décomposé par le mucus et les larmes, et converti en chlorure ; aussi retombe-t-il en partie sur la joue, sous forme d'un liquide lactescent. C'est là la raison pour laquelle d'énormes doses de nitrate d'argent sont appliquées impunément sur la conjonctivite enflammée, surtout lorsqu'elle est couverte de mucus purulent. Une autre raison, c'est que dans cet état la muqueuse n'absorbe que très-peu ; il en est autrement lorsque cette membrane n'est pas enflammée vivement. On comprend par là pourquoi, dans les conjonctivites purulentes, un collyre saturé de ce sel ne produit pas de meilleurs effets qu'un autre beaucoup moins chargé. M. Mackenzie ne voit dans l'action des collyres métalliques qu'une puissance astringente, et il ne soupçonne même pas que tout l'effet salutaire est dans l'absorption du liquide et dans l'effet dynamique hyposthénisant qui résulte de l'espèce d'intoxication locale que le remède produit en pénétrant dans les tissus. On verra sous peu quelle nouvelle impulsion le dynamisme a pu donner à la thérapeutique oculaire, et quelles déductions pratiques précieuses les nouvelles études dynamiques ont permis d'établir à l'égard des maladies de l'œil. Au reste, nous nous plaisons à déclarer que ces généralités sur les phlogoses oculaires, dans le livre qui nous occupe, renferment des observations pathologiques remarquables dont nous avons profité ; mais nous devons ajouter avec regret, que dans beaucoup d'endroits la thérapeutique de M. Mackenzie offre beaucoup à désirer. Cela tient, d'une part, au système de la thérapeutique anglaise, qui s'attache beaucoup, comme on sait, aux prescriptions mixtes ; qui fait de l'opium et des teintures alcooliques la base du traitement des maladies inflammatoires ; et, de l'autre, à ce que tel était l'état de la science à l'époque où l'auteur écrivait son livre, si important d'ailleurs. Pour justifier notre observation, il nous suffira de citer un seul exemple. On sait que dans les cas de variole, l'état actuel de la science permet d'indiquer des préservatifs certains pour les paupières et les yeux ; on couvre ces parties avec un emplâtre mercuriel (vigo cum mercurio), ou avec une pommade de camphre incorporé dans du jaune d'œuf, ou bien encore avec des feuilles d'or battu dont se servent les doreurs, et qu'on colle sur la peau. Des expériences répétées ont démontré que les boutons ne se développent pas sur les points couverts par ces corps, ou bien ils avortent s'ils pointaient déjà. Bien que ces faits ne soient pas tout à fait nouveaux, leur constatation cependant appartient à la thérapeutique de nos jours, et leur explication est toute dynamique. (V. Giacomini, art. Camphre).

Le chapitre de l'ophthalmie catarrhale sert, ainsi que nous l'avons dit, de type aux autres descriptions de l'auteur. C'est déjà faire pressentir qu'à l'instar des ophthalmologues allemands, il ne voit que cela dans les ophthalmies les plus ordinaires. Pour peu que les paupières soient chassieuses, qu'elles se collent la nuit, le mal est baptisé de catarrhal. Il est facile de voir cependant que c'est là une désignation arbitraire, car il n'est presque pas de conjonctivite aiguë, traumatique ou autre, qui ne s'accompagne de ces caractères, sans en exclure même l'injection nappiforme ou réticulaire qu'on assigne à l'ophthalmie catarrhale. Ajoutons que la conjonctivite occasionnée par des piqûres, par exemple, comme par l'action des pointes de feuilles de vignes chez les vendangeurs, ou des pointes d'épis de blés chez les moissonneurs,

s'élève assez souvent au degré de purulence, et se termine fâcheusement comme l'ophthalmie dite catarrho-purulente. Ce n'est donc là qu'une désignation scolastique. Il est clair que cela tient à la violence et non à la nature réputée spécifique de l'inflammation. On aura toujours une sécrétion purulente lorsque le mal est au degré d'hyperphlogose, et l'on n'obtiendra, au contraire, que du sérum ichoreux, du mucus épais, ou bien un liquide transparent, quand on descend à des degrés inférieurs. Nous concevons à peine comment M. Velpeau, qui a si bien traité ce sujet, ait pu blâmer l'application que nous avions faite de la technologie de Lobstein aux phlogoses oculaires, puisqu'elle fournit une mensuration exacte des degrés d'intensité de la maladie, et par conséquent de l'énergie de la médication à déployer. Nous ne voulons pas dire, par ce qui précède, qu'il n'y ait pas des ophthalmies occasionnées par les transitions atmosphériques, en particulier par le froid humide, et qui s'enracinent souvent dans les petits sinus des cryptes muqueux et sébacés, à l'instar de certaines leucorrhées ou catarrhes utérins dont le siége est dans les glandules du col de la matrice, et qui sont par cela même difficiles à détruire; encore moins qu'il n'y ait pas des ophthalmies épidémiques, contagieuses ou non; mais ce que nous nions c'est la prétendue spécificité. Une maladie peut être spéciale sans être pour cela spécifique; c'est ce que les oculistes ont souvent confondu dans leurs caractérisations. Le seul point sur lequel nous devons appeler l'attention dans ce chapitre est relatif au chemosis.

Le chemosis hématique est un des phénomènes les plus remarquables des conjonctivites aiguës. On croit communément qu'il s'agit tout simplement d'une extravasation sanguine sous la muqueuse. Quand on débride cependant cette membrane, il se fait bien un écoulement de sang des vaisseaux coupés et un certain affaissement, mais le gonflement chémosique persiste. C'est qu'il résulte d'un état complexe, comme le gonflement du phlegmon; c'est-à-dire que la muqueuse et son tissu soujacent sont gonflés à la fois par l'injection inflammatoire et par les extravasations de lymphe plastique, de sérum ichoreux et de sang. C'est ce qu'on trouve également dans le panaris avant la suppuration, et le chemosis en question peut bien être considéré comme un panaris superficiel de l'œil. Aussi est-il, comme celui des doigts, accompagné de battemens ou de douleurs pulsatiles. M. Mackenzie soutient, ainsi que nous l'avons dit, que tant que le mal est borné à la conjonctivite, la douleur reste bornée entre les paupières, et simule celle que produisent des grains de sable dans les yeux; mais, pour peu que la phlogose gagne la cornée, l'iris, la choroïde ou la sclérotique, la douleur devient irradiative et périorbitaire. Cette circonstance cependant se rencontre presque toujours, pour peu que la conjonctivite s'élève à l'état de chemosis. La connaissance de l'action étranglante du chemosis sur la cornée devait conduire, et a conduit en effet depuis longtemps à l'idée du débridement, dans le double but de détrangler la muqueuse et de la faire saigner. L'excision circulaire de Scarpa, telle que Sanson la pratiquait, n'est pas sans inconvéniens, si elle est exagérée; car, outre que la douleur qu'elle occasionne est atroce, elle donne souvent lieu à des brides fâcheuses; et si elle n'est pas assez étendue, elle pourrait ne pas atteindre le but, par la raison que le chémosis n'est pas le résultat d'un simple épanchement de sang, capable d'être vidé par une ponction. Aussi cette pratique a-t-elle été modifiée heureusement en Angleterre. Au lieu d'exciser dans les cas les plus graves de conjonctivite purulente, on ne fait que débrider sur huit lignes et d'une manière rayonnante, d'après le procédé de M. Tyrrell. Pour cela, le patient est couché, la tête basse; le chirurgien est placé derrière lui, les paupières sont écartées, et d'une main hardie et accélérée il pratique avec une lancette huit débridemens, depuis la cornée jusqu'à l'orbite, deux pour chaque muscle droit, et comprenant la muqueuse et son tissu cellulaire. Une grande quantité de sang s'écoule, le gonflement s'affaisse, et l'étranglement disparaît. Il s'agit alors de favoriser l'écoulement à l'aide de lotions émollientes. Cela vaut mieux, assurément, que les grandes excisions. Quelques personnes avaient poussé l'exagération jusqu'à extirper la conjonctivite, dans la fausse idée qu'on enlèverait par là la source de la phlogose purulente, comme si le mal n'était que là seulement. M. Mackenzie a aussi préféré le débridement à l'excision; mais il s'y prend d'une autre manière, et rien n'empêche de combiner son procédé à celui de M. Tyrrell. Voici en quoi il consiste : — « Une ou deux profondes incisions, faites dans toute la longueur de la surface interne de l'une ou l'autre paupière, avec une lancette dont la pointe a été arrondie; il doit s'écouler une quantité considérable de sang, qui continuera à être fourni très-longtemps, si l'on procède convenablement. Dans ce but, il ne faut ni tenir la paupière constamment renversée en dehors jusqu'à ce que l'hémorrhagie cesse, ni la laisser retomber en contact permanent avec le globe de l'œil; car, dans ces deux cas, on n'obtiendrait que peu de sang. Il faut alternativement la renverser et la laisser retourner à sa position naturelle. Par ce moyen, les vaisseaux divisés sont remplis de nouveau, on assure ainsi un écoulement de sang non interrompu. On reçoit le sang sur un morceau d'éponge qui a été plongé dans de l'eau chaude et pressé; mais il ne doit point toucher l'incision, à moins que le sang ne paraisse être sur le point de s'arrêter. Dans ce dernier cas, on peut laver la plaie pour la faire saigner de nouveau. » — Puis l'auteur ajoute : — « Les scarifications de la conjonctivite palpébrale, et quelquefois de la conjonctivite oculaire, sont, dans certains cas, un excellent moyen de traitement dont on ne doit point être détourné par la notion théorique que la lésion mécanique d'une partie déjà activement enflammée ne peut être avantageuse. Une longue expérience m'a convaincu que les scarifications sont utiles, non-seulement quand l'inflammation de la conjonctivite est sur son déclin, mais souvent même dans la période aiguë, etc. »

Les conjonctivites purulentes ne sont décrites par quelques ophthalmologues que comme des degrés supérieurs de l'ophthalmie catarrhale. M. Mackenzie a eu le bon esprit de ne pas suivre ces erremens, et il en a fait autant de tableaux distincts. Deux circonstances, entre autres, méritent ici la plus grande attention pour en triompher sûrement lorsque le mal est attaqué avant l'infiltration et le ramollissement de la cornée; savoir, les débridemens dont nous venons de parler, et les pansemens, répétés plusieurs fois par jour, avec des précautions essentielles que nous allons indiquer. Nous disons, *avant l'infiltration et le ramollissement de la cornée*, car là est la base du pronostic. On peut prévenir constamment la perte de

l'organe par l'application des nouveaux principes. Les faits de M. Tyrrell et ceux de M. Mackenzie, auxquels nous oserions rattacher les nôtres, nous permettent de tenir un pareil langage, qui doit sans doute sembler exagéré à plusieurs personnes. On va comprendre cependant comment les pansemens soignés doivent donner des résultats inespérés. Cette méthode ne se trouve pas complétement dans M. Mackenzie.

Les pansemens de l'œil atteint de conjonctivite intense méritent la plus grande attention, surtout s'il s'agit de phlogose purulente. Le chirurgien doit y revenir lui-même au moins trois fois par jour, indépendamment de ce qui est confié aux garde-malades pour les intervalles de ces pansemens. On doit avoir sous la main deux collyres liquides et plusieurs pommades; de l'eau froide, des éponges molles et fines, des serviettes, des compresses et un grand morceau de toile cirée ou de taffetas dont les nourrices se servent habituellement, et disposé comme un tablier, avec un rebord à coulisse et un cordon passé dans cette coulisse. On couche le malade près du bord du lit ou sur un lit de sangle, la tête basse, s'il s'agit d'un adulte; et si c'est un enfant on s'assied devant sa nourrice, on met une serviette sur soi, et l'on place les pieds de l'enfant contre le ventre de la nourrice et la tête sur les genoux du chirurgien. On applique le tablier en taffetas autour du cou du patient, et l'on porte les deux cordons obliquement vers les oreilles et le haut de l'occiput, où on les croise pour venir les attacher sur le front. De cette manière on ne comprime pas le cou, et l'on peut, sans inonder le corps du malade, lotionner abondamment l'organe ou même y faire des irrigations permanentes, le liquide pouvant être transmis au-dehors par l'inclinaison en gouttière du taffetas. Des deux collyres, l'un sert pour lotionner à grand'eau, l'autre pour réprimer directement le mal. Le premier contient 25 à 40 centig. (5 à 8 grains) de sublimé corrosif par litre d'eau distillée; le second une dose variable de nitrate d'argent selon l'intensité de la maladie, depuis 50 centig. jusqu'à plusieurs grammes par 30 grammes d'eau de rose. On peut, à sa place, se servir du collyre égyptien de M. Clot Bey. (Parties égales de deux solutions saturées de sulfate d'alumine et de sulfate de zinc.) On commence par laver et éponger à grande eau froide d'abord, en remuant la paupière supérieure, afin de faire écouler tout le pus; on absterge aussi bien que possible la muqueuse; on y fait même des injections au besoin. Puis on fait le même lavage avec le collyre mercuriel, qu'on continue jusqu'à ce que la muqueuse paraisse bien nettoyée; alors on instille le collyre argentique concentré à l'aide d'un pinceau en miniature; on en pose une ou deux grosses gouttes qu'on étale sur toute la muqueuse palpébrale et bulbienne, aussi bien que faire se peut. Il importe que l'œil soit bien nettoyé d'abord, sans quoi le dernier collyre n'agit pas assez sur la membrane, la matière l'en empêchant. Cela fait, le chirurgien passe avec le bout du doigt indicateur, sur le bord libre des paupières, une petite couche de pommade au précipité rouge ou de nitrate d'argent, qu'il ramollit préalablement sur son doigt. Cette pommade a surtout pour but d'empêcher le recollement des paupières et des cils, et d'agir dynamiquement par absorption. On termine en couvrant l'œil malade d'une compresse en plusieurs doubles trempée dans de l'eau froide et sur laquelle on verse tous les dix minutes d'autre eau à l'aide d'une éponge. Au pansement du soir, on remplace le second collyre par une pommade de nitrate d'argent qu'on étale avec un pinceau sur toute la muqueuse; ce remplacement cependant n'est nécessaire qu'autant que le collyre ne paraîtrait pas agir assez énergiquement. A mesure que le mal décline, on diminue le nombre des pansemens et la force des collyres. Dans les intervalles, la garde-malade doit faire des lotions avec le collyre mercuriel seulement. On doit explorer à chaque pansement l'état de la cornée, et si elle paraît blanchir, élever encore la force des collyres et rapprocher les pansemens. Chaque pansement diminue l'écoulement pendant quelques heures; il faut recommencer aussitôt qu'il va reparaître. Tout cela n'empêche pas, bien entendu, la médication hyposthénisante générale, les saignées, l'usage de la belladone, du tartre stibié, du nitrate de potasse, du calomel, etc. Il y a là, comme on le voit, une méthode entière dont les élémens ne sont pas nouveaux assurément, mais dont l'ensemble fournit une énergie nouvelle et efficace. Tout le secret, nous le répétons, consiste à faire arriver le remède à nu sur la membrane, en la débarrassant d'abord de tout le pus qui ferait l'office de fausse membrane, décomposerait trop le collyre, et s'opposerait à l'absorption; et en outre à renouveler les pansemens d'après la donnée que nous venons de signaler.

Les granulations qui succèdent souvent aux ophthalmies purulentes, et qui sont la source des récidives et de l'infection contagieuse dans les régimens; qui engendrent à la longue cette redoutable affection de la cornée qu'on appelle *pannus*; les granulations, disons-nous, sont considérées par M. Mackenzie, comme par M. Tyrrell, à leur véritable point de vue. Il est remarquable que Saunders, qui le premier les a signalées, ait dit tout ce qu'il y avait à penser et à faire sur ces végétations. On s'est égaré de nos jours, on s'est livré à des médications mécaniques absurdes, on a excisé des lambeaux énormes de conjonctivite, on a occasionné des réactions purulentes fâcheuses et des adhérences irréparables, et le mal reparaissait malgré cela le plus souvent. C'est qu'on avait perdu de vue qu'une hypertrophie des papilles de la conjonctivite constitue une affection dynamique pareille à la maladie qui lui avait donné naissance, et ne pouvait bien guérir que par des remèdes dynamiques, comme la conjonctivite elle-même. Les principes de la médication sont donc les mêmes que ceux de l'ophthalmie. Nous ne voulons pas dire par là que lorsque le volume de quelques granulations est excessif, il ne faille pas les enlever avec l'instrument, mais c'est sur la force exubérante de la muqueuse qu'il faut agir pour les déraciner complétement.

La conjonctivite non purulente des enfans, qu'on désigne communément mal à propos du nom d'ophthalmie scrofuleuse, a fourni à M. Mackensie matière à deux chapitres distincts, sous les titres d'ophthalmie *phlycténulaire* et ophthalmie *pustuleuse*. On ne voit pas trop la nécessité de ces individualisations, alors qu'il s'agit d'une seule et même affection. Qu'importe qu'il y ait des phlyctènes ou des pustules sur la cornée? Et quand il n'y a pas de phlyctènes ni de pustules, il faut donc en faire une troisième espèce? On pourrait en ce cas faire un véritable dictionnaire pour chaque maladie, car ces trois formes de l'affection ne sont pas les seules, et l'on pourrait aller jusqu'au chaos, ce qui ne serait pas plus

clair ni plus utile. Hâtons-nous de dire, cependant, qu'en observateur éclairé, M. Mackenzie a saisi la véritable connexion qui existe entre cette phlogose oculaire et la condition générale de l'organisme. Au lieu d'invoquer les transports d'humeurs ou des spécificités imaginaires, l'auteur n'y voit qu'une simple influence indirecte de l'organisme, ou plutôt une inaptitude de la constitution à concourir à la résolution d'un organe accidentellement malade, ainsi qu'elle le ferait si elle était à l'état normal. Cela n'empêche pas de reconnaître dans la forme lancéolée de l'injection une disposition anatomique remarquable, mais M. Mackenzie se garde bien de conclure *à priori* de cette injection à l'état particulier de la constitution, par la raison que cette forme d'injection, ainsi que les phlyctènes et les pustules peut être indépendante de la constitution scrofuleuse.

La conséquence de ces observations est, qu'en tant que phlogose, cette ophthalmie ne doit être traitée autrement que par les remèdes antiphlogistiques ordinaires. Les saignées locales, le tartre stibié à dose nauséabonde, et le sulfate de quinine, ainsi que la limonade sulfurique, sont les meilleurs remèdes antiphotophobiques dans ces cas. C'est par conséquent à la classe des hyposténisans vasculaires que l'auteur s'adresse, ainsi que le fait M. Tyrrell lui-même. Viennent ensuite les collyres ordinaires, surtout mercuriels et argentiques, ce qui n'empêche pas de continuer à traiter la constitution à l'aide des préparations de quinquina, de fer et de la limonade indiquée. Pour faire mieux comprendre cette maniere de voir, qui est aussi la nôtre, nous ne pouvons nous empêcher de citer les paroles suivantes de M. Tyrrell :

« Je ne pense pas, dit-il, qu'il existe une inflammation de la conjonctivite particulière aux personnes scrofuleuses; mais s'il se déclare des maladies chez ces sujets, elles sont modifiées par l'état particulier de la constitution, et qu'on appelle strumeux ou scrofuleux. C'est précisément le cas des affections des membranes muqueuses qu'on nomme phlycténoïdes ou pustuleuses. La condition scrofuleuse de la constitution modifie pareillement les affections catharrale et purulente, et exerce une certaine réaction sur les remèdes eux-mêmes.» Le même auteur a fait une observation assez sérieuse chez ces sortes de sujets, et que nous avons nous-mêmes rencontrée une fois.

« J'ai observé, dit-il, un effet assez singulier de la conjonctivite cornéale lorsqu'elle a duré très-longtemps; c'est une augmentation de convexité de la cornée; il en résulte une vue très-myope; de sorte qu'un patient qui avait une vue normale ne peut plus voir les objets éloignés, et pour les objets voisins il lui faut des lunettes concaves s'ils sont menus. »

Suivent à présent les conjonctivites symptômatiques des maladies de la peau et que nous avions appelées *dermatosiques*. Ici l'auteur se laisse aller à cette abondance sans fin des spécifications que plusieurs oculistes lui avaient emprunté sans le citer. Nous sommes forcé de déclarer que nous ne pouvons le suivre sur ce terrain, et nous regrettons de ne pas rencontrer dans cette partie de l'ouvrage un traité méthodique des *conjonctivites chroniques*. Nous terminons cet aperçu général par les trois faits curieux suivans, que nous avons rencontrés dans les pages de M. Mackenzie. Le premier appartient à M. J. Cloquet :

Un homme d'environ 50 ans s'endormit dans les champs dans un état complet d'ivresse. Des mouches de l'espèce *musca carnaria* déposent leurs œufs à l'entrée des différentes ouvertures naturelles du corps, entre les paupières, dans les narines, dans les oreilles dans les orbites, etc. Sous les tégumens du crâne, elles formèrent de larges cavités offrant des ouvertures ulcérées par lesquelles, à l'aide de la pression, on faisait sortir des larves par milliers. Elles furent toutes extraites le second jour après l'entrée du malade à l'hôpital Saint-Louis. Les yeux étaient totalement détruits, et lorsque les larves eurent été extraites par les perforations des cornées, les cristallins s'échappèrent en dehors. Les tégumens de la partie supérieure du crâne tombèrent en gangrène, et le malade mourut un mois après son entrée, dans un état complet de démence, se croyant constamment poursuivi pas des assassins. Les os de la voûte du crâne étaient en partie nécrosés; la dure même et l'arachnoïde étaient enflammées.

— Un enfant était atteint d'une violente ophthalmie, et qui présentait un corps noir au devant de la cornée. On croyait que c'était une procidence de l'iris et que l'œil était perdu. A l'examen, M. Mackenzie a reconnu, en soulevant la paupière supérieure, que le corps noir était un myocéphal, non au figuré, mais en toute réalité; c'était une mouche commune insinuée entre le globe de l'œil et la paupière supérieure, sa tête seule faisait saillie. Weld rapporte qu'à Richemond, en Virginie, il n'était point rare de rencontrer des sujets privés d'un œil ou des deux yeux par suite de l'horrible pratique dans laquelle le combattant, après avoir entortillé ses doigts dans les boucles des cheveux qui recouvrent les tempes de son adversaire, appuie ses pouces avec assez de force pour faire sortir l'œil de l'orbite.

MÉMOIRE SUR L'ACTION THÉRAPEUTIQUE DU SEIGLE ERGOTÉ ; *par* M. SACHERO, *professeur de clinique interne à l'Université de Turin* (1).

§ 1. ACTION ÉLECTIVE. — Le seigle ergoté paraît avoir été employé depuis un temps immémorial comme moyen propre à hâter l'accouchement. Les Allemands l'ont, à cause de cela sans doute, appelé *muiterkorn*, c'est-à-dire grain de la mère ou de la matrice. Il résulte, d'autre part, des recherches de MM. Laneri et Amoretti, que les sages-femmes de plusieurs provinces du Piémont s'en servaient dans ce but depuis un temps très-ancien. Quoi qu'il en soit, Stearn, d'Amé-

(1) Extrait du *Giornale delle scienze mediche della societa medico-chirurgica di Torino*, avril 1844.

rique, paraît être le premier qui l'ait essayé de nos jours en obstétrique ; mais c'est à un autre médecin américain, Olivier Prescot, que l'on doit les premières observations publiées sur la matière, en 1814 ; il rapporte vingt cas d'accouchement lent ou retardé, mais déjà commencé, dans lesquels il a pu, à l'aide du seigle, accélérer les contractions de l'utérus et favoriser l'expulsion du fœtus et du placenta, sans inconvénient pour la femme ni pour l'enfant ; la quantité qu'il donnait était de 2 grammes (demi-gros) en décoction dans 120 grammes d'eau (4 onces), à prendre en trois doses, à vingt minutes de distance. Des résultats utiles ont été également obtenus à Philadelphie par les docteurs Atlée et Shalleross. En 1823, un médecin italien, M. Bigeschi, professeur d'obstétrique à Florence, publia seize observations d'accouchement difficile ou lent, mais déjà commencé, dans lesquelles il a pu activer merveilleusement le travail à l'aide du seigle ; il a donné cette substance en poudre, à l'exemple de Bordot, médecin français, à la dose d'un gramme à un gramme et demi (20 à 30 grains), divisé en paquets, à prendre à petites distances. En 1826, un accoucheur anglais, Davies, porta un peu plus loin ses observatisns sur le seigle ; il rapporte avoir favorisé l'expulsion de six fœtus vivans, sans aucun dommage pour la mère ni pour eux-mêmes, et obtenu la sortie spontanée de quatre enfans déjà morts dans la matrice, à l'aide de quatre grammes (1 gros) de seigle en poudre, divisés en six parties, à prendre à des distances rapprochées, ou bien en en faisant une infusion dans 100 grammes (3 onces) d'eau bouillante, à donner en trois doses. Nous verrons que, par cette préparation, on fait dissoudre, indépendamment de la partie gommeuse et l'ergotine, une bonne partie du principe résineux. Le même auteur rapporte pareillement que dans deux cas d'avortement il a pu obtenir, par le même moyen, l'expulsion du placenta ; et dans deux autres, il a fait sortir de la même manière des tumeurs déjà détachées et retenues dans la cavité utérine. Vers la même époque, le docteur Ballardini, de Brene, a employé le seigle ergoté dans trois cas d'accouchement retardé, ou pour expulser le placenta ; il en a donné 1 gramme à 1 gramme et demi, en poudre. En 1828, Dewees, de Pensilvanie, a également donné cette substance en poudre, à des doses très-rapprochées de 15 centigrammes (3 grains), après la rupture de la poche des eaux, ce qui a rendu l'accouchement facile et sans danger d'hémorrhagie consécutive ; il ajoute que ce moyen facilite en même temps l'expulsion du placenta et des caillots sanguins. En 1828, le docteur Pellico, d'Udine, a, à son tour, fait connaître deux cas de fœtus morts dans l'utérus, expulsés avec le placenta au moyen du seigle en poudre, et sans danger pour la mère. En 1831, le docteur Kluge, de Berlin, et M. F. Muller, de Stettin, ont également publié des cas d'accouchemens rendus faciles, de difficiles qu'ils étaient, et d'avortemens accompagnés d'hémorrhagie, achevés heureusement à l'aide du seigle. On trouve, dans une foule d'écrits plus récents, un très-grand nombre de faits analogues, auxquels je pourrais joindre les miens propres. Je me contenterai seulement des suivans : (Nous les abrégeons dans la traduction.)

1er *fait.* Femme, 40 ans passés, aimant la bonne chaire et le vin, enceinte pour la huitième fois ; grossesse pénible, maigreur, faiblesse extrême ; à terme, douleurs légères et rares ; travail déclaré, rupture des eaux, première position de la tête, enfant mort ; la femme paraît mourante. Soixante centig. (12 grains) de seigle dans soixante grammes d'eau avec sirop d'orange, une cuillerée à chaque quart-d'heure ; après la première prise, contractions utérines vives, idem à la seconde ; à la troisième, accouchement heureux d'un enfant mort ; l'inertie utérine reparaît ; nouvelle cuillérée, expulsion du placenta, guérison. — 2e *fait.* Femme robuste, 30 ans, troisième grossesse à terme ; travail, écoulement des eaux ; les douleurs s'arrêtent pendant plusieurs heures. Seigle, *ut supra* ; douleurs intenses à la troisième cuillérée ; mais la tête n'avance pas, bien que le col soit dilaté. On découvre alors une tumeur de l'ovaire qui y met un obstacle invincible. On pratique le démembrement du fœtus ; le placenta est sorti sous l'action du seigle. Métrite grave, antiphlogistique, guérison. On a voulu faire voir dans ce fait l'action incontestable du seigle. — 3e *fait.* Mère de deux enfans, 27 ans, enceinte de huit mois ; hémorrhagie utérine grave depuis deux jours. A l'examen on reconnaît que le fœtus est mort ; le travail est commencé, mais pas de contraction depuis deux heures, à cause de l'hémorrhagie abondante ; pouls petit, pâleur, syncopes fréquentes. Seigle, demi-gramme (10 grains), *ut supra* ; à peine la dose est-elle terminée, contractions utérines vives, accouchement ; enfant et placenta sont putréfiés ; l'hémorrhagie a cessé peu à peu, la femme revient. Guérison. — Dans un cas pareil, publié par le professeur Alliprandi, on a obtenu l'expulsion de l'enfant, mort depuis plusieurs jours, et du placenta, à l'aide d'un lavement de décoction de graine de lin et de seigle ergoté ; il n'en est résulté aucun mal pour la mère.

Il résulte donc, d'abord, des observations des auteurs et des miennes, que le seigle ergoté est un puissant remède, capable de hâter l'accouchement ou l'avortement, *lorsque le travail est déjà commencé.* « Le travail de l'accouchement, a dit avec raison le professeur Bigeschi, doit d'abord être commencé pour que le seigle opère avec succès, car cette substance n'a pas la faculté de le provoquer ; le travail doit même être assez avancé, car si on administre le seigle trop tôt, il n'atteint pas le but. » Cette dernière circonstance est très-importante, et, s'il en était autrement, le seigle serait la source d'une multitude d'avortemens, provoqués criminellement. L'observation suivante vient à l'appui de ce qui précède. — 4e *fait.* Mère de plusieurs enfans ; grossesse clandestine ; désir de se faire avorter. La femme prend pendant longtemps des pilules de seigle ergoté de 10 centig. (2 grains) chaque, sans résultat ; arrivée au huitième mois, elle en avale cinq à chaque coup, deux fois par jour ; elle consomme en vingt jours 8 grammes (2 gros) de seigle, sans plus de résultat ; elle a éprouvé seulement des douleurs vagues aux lombes et des dérangemens d'estomac. La fin du neuvième mois arrive, et la femme accouche très-facilement. Il paraît cependant que l'enfant avait éprouvé quelques effets de l'usage du seigle, car il a offert la peau extrêmement rouge, et couverte çà et là de substance albumineuse concrète et ad-

érente; il était maladif, faible, et n'a vécu que cinq jours (1).

Ce fait tendrait à prouver que le seigle ergoté, même à dose élevée, ne provoque pas l'avortement, si la mère et l'enfant se trouvent en bon état de santé. Cette conclusion n'est pas détruite par ce qui se passe dans la terrible affection convulsivo-gangreneuse que produit l'usage du pain contenant du seigle ergoté chez les femmes enceintes, ou chez les femelles pleines des animaux qui mangent de cette céréale, car là il y a intoxication véritable qui tue le produit de la conception d'abord; puis l'utérus se contracte tôt ou tard pour expulser le corps étranger, ainsi que cela arrive toujours, quelle que soit la cause de la mort du fœtus.

Il faut donc que le travail soit déclaré pour que le seigle produise l'effet de la contraction utérine. On comprend par là comment, par l'abus du seigle chez une femme enceinte, on finit à la longue par lui faire rendre un fœtus mort, et par hâter, vers la fin, l'avortement ou la parturition. On attribue ainsi l'effet final, la provocation de l'accouchement, au médicament, alors qu'on n'a fait que tuer l'enfant dont le cadavre a amené la provocation des contractions qu'on a pu soutenir ensuite avec le remède. Il est des praticiens qui se refusent à prescrire le seigle aux femmes en travail, dans la crainte de nuire à la mère et à l'enfant. Un médecin anglais, Chavase, a écrit, il y a six ans, avoir observé dans l'espace de sept ans, vingt-trois enfans morts-nés qui seraient peut-être venus vivans, dit-il, si on n'avait pas administré le seigle aux mères, et il cite l'opinion d'un accoucheur de ses amis, le docteur Inkes, qui aurait observé des faits de même nature, et qui, comme lui, regarde le seigle comme très-dangereux. Ces auteurs n'ayant pas fait connaître les détails des cas par eux observés, il y a lieu de se demander s'ils n'auraient pas administré le seigle à dose très-élevée et dans des conditions peu favorables à son usage. Chavasse dit en effet avoir donné deux grammes (40 grains) tout d'un coup à chacune de ses patientes. Cette dose est beaucoup trop forte. On vient de voir que nous n'avons jamais dépassé 50 à 60 centigrammes (10 à 12 grains), et qu'aucun des auteurs qui a donné le seigle avec avantage n'a prescrit ce remède comme le praticien que nous venons de citer. Il faut non seulement de la prudence dans l'administration des doses, mais aussi de l'opportunité; et, en général, les petites doses répétées sont préférables. Les bons observateurs qui ont administré le seigle dans les accouchemens lents et difficiles, n'ont pas tardé à reconnaître que cette substance arrêtait en même temps les hémorrhagies internes, surtout dans les cas d'avortement. De là, le titre d'hémostatique. Déjà, Atlée et Shaleross avaient, dès 1823, prescrit ce remède dans ce but, et plus spécialement pour détacher le placenta. Dewies a imité leur pratique dès 1828, et Marshall-Hall, qui ignorait vraisemblablement ces faits, croyait être le premier en 1839 à administrer ce moyen comme hémostatique utérin; il le prescrivait à la dose de 75 centigrammes (15 grains) par jour, divisé en trois doses, non seulement contre les hémorrhagies, mais encore contre les leucorrhées utérines. Le docteur Spéirani, de Pavie, avait cependant, dès 1830, fait connaître ses nombreuses expériences cliniques sur l'emploi du seigle dans les congestions utérines, les métrorrhagies, les épistaxis, les pneumorrhagies et les hématuries; il donnait le remède à la dose de 1 gramme (20 grains) par jour, divisé en plusieurs prises. A l'appui de la pratique de Speirani, je pourrais invoquer un assez grand nombre de faits qui me sont propres, surtout relatifs aux pneumorrhagies. Je me contenterai des deux suivans qui sont les plus récens (nous en abrégeons les détails). Jeune homme, trente ans, artiste, vie déréglée, crachait souvent le sang; hémoptysie abondante tout d'un coup; quatre saignées en deux jours ont apaisé la surexcitation cardiaco-vasculaire et diminué le crachement de sang; extrait aqueux de seigle ergoté, quatre grammes (un gros) dans 150 grammes de liquide (5 onces), par jour; le second jour de ce moyen, cessation complète de l'hémorrhagie, on continue le remède pendant plus d'un mois, cessation de la toux et du crachement qui existaient depuis un an; guéri; — Demoiselle, vingt ans, hémoptysie abondante, etc.; guérison *ut supra*. En 1833, M. Speirani a publié une nouvelle série de faits qui ont confirmé les précédens, et deux années auparavant (1831), le docteur Bazzoni avait imprimé un travail remarquable dans lequel il arrivait aux conclusions suivantes: 1° Que le seigle ergoté est un remède certain contre les hémorrhagies et les leucorrhées utérines; 2° Que les incommodités qu'il produit à la tête ne sont que momentanées; 3° Qu'on peut l'administrer sans danger lorsqu'on agit avec prudence; 4° Qu'il est également avantageux, que l'écoulement soit actif ou réputé passif (1); 5° Que son usage est aussi utile, même dans les cas où l'utérus et ses annexes présentent des altérations organiques; 6° Que la menstruation n'est pas dérangée par son emploi. Vers la même année, le docteur Pignacca écrivait avoir guéri plusieurs cas graves d'hémoptysie et de métrorrhagie, à l'aide de 4 grammes de seigle (1 gros) divisé en quatre prises, une de trois en trois heures. Des faits de même espèce ont été publiés par le docteur Cubini; d'autres, par M. F. Muller de Stettin (1833); ce praticien donnait le seigle en poudre, par paquets de 25 à 50 centig. (5 à 10 grains) de deux en deux heures. En 1836, le docteur Ryan a fait connaître, à son tour, des guérisons d'hémorrhagies utérines, d'urétrites chroniques, de blénorrhagies aiguës et de leucorrhées rebelles à d'autres moyens, et qu'il a guéries au moyen du seigle à la dose de 15 centig. (3 grains), trois fois par jour.

(1) Nous avons connu un fait tout à fait analogue sur une dame de haute condition, à Paris. L'enfant est également mort peu de jours après. (N. du Trad.)

(1) Les hémorrhagies *passives* sont excessivement rares; il est même douteux qu'elles existent, si l'on excepte celles de la dernière période du scorbut. (Note de l'auteur.)

J'ai souvent donné ce médicament avec succès dans les hémorrhagies et les leucorrhées utérines, et ce qui nous a paru singulier, à plusieurs de mes collègues et à moi, a été de voir que le même remède réussisait à merveille pour régulariser les menstrues; nous l'avons donné en pilules de 10 centig. (2 grains), à répéter tous les trois heures, à de jeunes demoiselles aménorrhéiques depuis plusieurs mois, et chez toutes, les règles sont reparues vers le quatrième jour, sans que l'estomac, qui était quelquefois rebelle aux préparations martiales, s'en ressentit aucunement, ce qui prouve précisément que l'action du seigle est plutôt déprimante, hyposthénisante, du système vasculaire; son action élective paraît porter sur les vaisseaux de l'utérus, elle abat l'orgasme des capillaires de ce viscère, et qui est la cause de l'absence de l'écoulement physiologique chez les jeunes personnes. On comprend que cette action, qui réprime l'irritation hémorrhagique chez la femme, puisse arrêter l'hémorrhagie ou l'écoulement blanc. Ainsi le même agent produit deux actions opposées en apparence, tandis qu'au fond il n'opère que toujours de la même manière, il combat la condition morbide et rétablit la fonction normale.

J'ai porté plus loin mes investigations dans l'emploi du seigle. En réfléchissant à ses effets salutaires dans l'urétrite chez l'homme, effets dus à son action hyposthénisante sur les vaisseaux de la muqueuse, j'ai pensé que la même action devait s'étendre à toute la muqueuse de l'appareil génital ; en conséquence, j'ai essayé l'usage du seigle contre la spermatorrhée involontaire, autrement dite *pertes séminales*, surtout dans les cas les plus rebelles ; le résultat a surpassé mes espérances ; la guérison a été constante, et je crois avoir par là résolu le problème que M. Lallemand et d'autres avaient cherché en vain de résoudre. J'ai publié mes observations sur ce sujet en 1839, dans le *Giornale delle Scienze médiche*. Dans les quatre faits qui accompagnent ma première note, j'avais remarqué que la muqueuse gastro-intestinale était irritée, ce qui m'avait fait présumer que les pertes séminales devaient se rattacher à un état d'hypersthénie de la muqueuse génitale. (Suivent quelques détails sur les bons effets du seigle contre les fièvres intermittentes et contre la paraplégie.) Les derniers faits confirment l'auteur dans l'opinion que l'action élective du seigle porte sur la partie inférieure de la moëlle épinière. Il cite des cas de sa clinique, de bronchorrée opiniâtre (bronchite chonique), qui ont guéri comme par enchantement à l'aide de six à huit pilules de seigle par 24 heures, de 5 à 10 centig. chaque (1 à 2 grains), ou de 75 centig. (15 grains), en infusion dans 100 gram. d'eau, et prise par cuillérées de deux en deux heures. Et enfin, un cas remarquable d'otorrhée grave, qu'il rapporte avec détails. Il s'agit d'une jeune dame lymphatique, prise d'angine, puis d'otite suppurante, avec symptômes encéphaliques, fièvre consomptive, etc. Les saignées répétées et les autres remèdes d'usage n'avaient pu arrêter le mal ; on fait dans l'oreille des injections avec 4 grammes de seigle infusés dans 120 grammes d'eau bouillante, puis on donne le même remède intérieurement ; amélioration presqu'instantanée ; guérison complète en un mois.

§ II. REMARQUES PHARMACEUTIQUES. — L'analyse la plus récente et la plus soignée que nous ayons du seigle ergoté est celle de M. Bonjean, savant pharmacien de Chambery. Je dois à la communication que l'auteur a bien voulu m'en faire lui même les détails que je vais exposer. Les principes actifs de ce puissant remède se réduisent à l'extrait aqueux, soluble dans l'eau froide, et à la résine, ou extrait résineux, soluble dans l'alcool. J'ai voulu étudier séparément ces deux extraits ; en conséquence j'en ai fait préparer une certaine quantité par notre habile pharmacien de l'hôpital majeur de Saint-Jean, M. Abbene. Il a suivi la méthode suivante. Il a pris trois livres médicinales de seigle pulvérisé (1,106 grammes), de bonne qualité, recueilli vers la fin de juin, et lorsqu'il était en maturité ; il l'a traité à l'eau bouillante, par déplacement, et il a obtenu un liquide qui, en se refroidissant, a laissé un sédiment composé d'extrait résineux et d'une portion de gomme ; l'huile fixe est venue à la surface et a été facilement séparée par la décantation. C'est à cette huile que M. Bonjean attribue la faculté toxique du seigle. Le liquide diaphane évaporé au bain-Marie a fourni 245 grammes (8 onces), de l'extrait aqueux que M. Bonjean appelle extrait hémostatique, et qui est composé d'ergotine et d'un peu de gomme. Le sédiment ci-dessus indiqué, ainsi que ce qui était resté dans le filtre, a été ensuite traité à l'alcool à 25°; sa solution filtrée et évaporée a fourni 20 grammes d'extrait résineux. De sorte que d'après ces opérations le seigle ergoté fournit un quart et demi environ de son poids en extrait aqueux et à peine un 57e d'extrait résineux. Quant à l'huile de seigle ergoté dont la proportion serait de 35/00, je ne crois pas devoir m'en occuper ici pour le moment, par la raison qu'elle n'exerce pas d'action spéciale sur l'utérus et que son usage n'est peut-être pas sans danger, car d'après les expériences du chimiste de Chambery elle constituerait le principe toxique du seigle. Dans une lettre que M. Bonjean a écrit dernièrement à M. Dumas à l'Académie des sciences, il disait avoir trouvé le moyen de débarasser son extrait aqueux ou hémostatique de l'albumine qu'il contient, en soumettant à l'ébullition au bain-marie la solution faite à l'eau froide, obtenue par voie de déplacement ; l'ébullition en effet fait coaguler l'albumine, et on peut l'en séparer ensuite. L'extrait le plus pur est celui qu'on obtient par évaporation ; l'auteur l'appelle *ergotine*, mais ce nom est impropre, car il ne s'agit pas d'un seul corps simple. Quand on emploie l'eau bouillante pour la première opération, par déplacement, on a le double avantage de coaguler immédiatement l'albumine qu'on sépare ensuite du liquide, et en second lieu il n'est pas nécessaire de laisser longtemps le liquide en repos comme le fait M. Bonjean pour obtenir le sédiment résino-gommeux, cela à lieu par le seul refroidissement. On évite ainsi des décompositions qui sont si faciles, surtout en été.

§. III. ACTION DYNAMIQUE. — Ayant eu à ma dis-

position les deux extraits, aqueux et résineux, du seigle, j'ai pu me livrer à des expériences capables de résoudre le problème de l'action dynamique de cette substance. Il était déjà facile de prévoir, au seul examen physique de ces deux extraits, que leur action ne devait pas être identique, puisque l'un, l'extrait aqueux ou hémostatique de Bonjean, est de couleur rouge-brun et offre une odeur de viande rôtie ou d'osmazome, plutôt agréable, et une saveur légèrement piquante et amère, semblable à celle des céréales gâtées, mais pas astringente; tandis que l'autre, l'extrait résineux, présente, au contraire, une couleur très-brune, sans odeur particulière, si ce n'est une senteur légèrement vireuse et une saveur très-piquante et un peu amère. Je vais m'occuper d'abord de l'extrait aqueux.

A. Extrait aqueux. — On connaissait déjà depuis long-temps la vertu hémostatique du seigle ergoté, qu'on donnait soit en poudre, soit en infusion, soit en décoction. Il est probable que par l'infusion, surtout lorsqu'elle est refroidie, on ait seulement l'extrait aqueux ou l'ergotine de Bonjean. En conséquence, on doit préférer cette forme lorsqu'on veut arrêter un flux de sang ou de mucus dépendant de phlogose aiguë ou chronique, ou un flux de pus de l'oreille. Les faits que je viens de citer ne laissent pas de doute à cet égard. L'on doit cependant à M. Bonjean d'avoir prouvé par des expériences répétées que la vertu hémostatique appartenait exclusivement à l'extrait aqueux. Voici les expériences que j'ai pu faire à ma clinique et en ville depuis 1842, époque de la publication du travail de M. Bonjean. (Nous abrégeons les détails de l'original.

Premier fait. — Mère de deux enfans, 32 ans, délicate, sujette à des métrites aiguës et chroniques, par suite d'avortemens répétés; métrorrhagies fréquentes; enfin, hémorrhagie utérine effrayante en juin 1842, pâleur, battemens fréquens du cœur, pouls éminemment *vasculaire* (*sic*). On prescrit 50 centig. (10 grains) d'extrait aqueux dans 100 grammes (3 onces) d'eau, à prendre par cuillerées rapprochées. Deux heures après, l'hémorrhagie était arrêtée. Consécutivement, l'hémorrhagie a menacé plusieurs fois de reparaître, elle a été constamment conjurée par le même moyen. En janvier 1843, rhume, fièvre, métrorrhagie; saignées, digitale, extrait d'aconit, puis extrait de seigle : arrêtée sur-le-champ. Plus tard, cancer au col utérin, ulcère rongeant, hémorrhagies purulentes; l'extrait de seigle arrêtait toujours le sang. A la langue, diathèse cancéreuse, mort; autopsie. — *Deuxième fait.* Femme, 40 ans, aimant le vin, métrorrhagies fréquentes et abondantes. Elle porte une grosse tumeur dans la région iliaque droite. En décembre 1842, métrorrhagie excessive depuis cinq jours, pouls fréquent, impétueux, sa vie est en danger. Extrait, 50 centig. *ut supra*; en peu d'heures, le sang a été arrêté. Le même remède a heureusement combattu les récidives. — *Troisième fait.* Mère de trois enfans, 30 ans, grosse de 3 à 4 mois; métrorrhagie à la suite de fatigue corporelle. Saignées répétées, l'hémorrhagie continue; douleurs d'avortement, anxiété, pouls petit; on prescrit extrait *ut supra*; à la troisième cuillerée, les douleurs ont cessé, ainsi que l'hémorrhagie; guérit sans avorter. La femme arriva à terme et accoucha heureusement. Ainsi, dans ce cas, le remède a arrêté l'avortement et l'hémorrhagie. Il est impossible de ne pas y voir une action manifestement contro-stimulante ou affaiblissante vasculaire. Des expériences faites par le docteur Uberti, de Brescia, dans des cas de phlogoses du poumon, de la muqueuse bronchique avec hémoptysie, et dans d'autres que j'ai faites dans des cas de maladies du cœur (hypertrophie), ont donné les mêmes résultats, ce qui rend plus évidente encore l'action hyposthénisante vasculaire. — *Quatrième fait.* Jeune femme, vingt-cinq ans, autrefois robuste, malade depuis six mois par suite de couches négligées; pesanteur à l'utérus, prurit érotique; le coït lui est douloureux, elle l'évite; vertiges, anxiété, etc., col utérin engorgé et douloureux, règles rares. On diagnostique une métrite lente. Sangsues aux aines, extrait aqueux de seigle en pilules de 5 centig. (1 grain), à prendre six par jour. On continue pendant plus d'un mois; les règles reparaissent abondantes, les douleurs et les autres souffrances disparaissent; guérison en deux mois. — *Cinquième fait.* Petite fille, 9 ans, masturbations et pollutions répétées effrayantes; rien ne l'en empêche. On prescrit extrait de seigle, l'ardeur est arrêtée promptement; les organes ont perdu leur état d'érethisme; guérison. — *Sixième fait.* Jeune femme, 25 ans, lymphatique, aménorrhéique; estomac délicat, n'a pu tolérer le fer ni la poudre de seigle; pâleur, palpitations. Extrait de seigle en pilules, 60 centig. par jour; il est bien toléré. Prompt retour des règles; amélioration, guérison. Dans ce cas, le remède a agi comme emménagogue en combattant l'éréthisme de la matrice. — *Septième fait.* Deux femmes en couches; le travail marche très-lentement; inertie utérine. On donne un gramme et demi (30 grains) d'extrait de seigle dans 120 grammes d'eau, à prendre dans l'espace de deux heures; pas d'effet; ce n'a été que plusieurs heures après que les contractions se sont montrées; en conséquence, on ne peut, à la rigueur, les attribuer au remède. Il paraîtrait donc que l'extrait résineux, au lieu d'accélérer l'accouchement, le retarde; et que la faculté provocatrice des contractions utérines ne résiderait pas dans cette partie du seigle. Nous avons pensé, au reste, qu'il n'était pas sans danger de continuer sur les femmes en couches ces sortes d'expériences.

B. *Extrait résineux.* — Par suite de ces dernières présomptions, nous avons dû nous demander si la faculté de faire contracter l'utérus ne résiderait pas dans l'extrait résineux. Les faits nous manquent jusqu'à ce jour pour décider cette question. Voici cependant ce que les connaissances acquises nous permettent de penser à cet égard. Il résulte des expériences que M. Bonjean a faites sur les animaux, que cet extrait ne produit pas d'effets bien sensibles, du moins sur les chiens et sur les lapins, où il l'a expérimenté. J'ai voulu l'essayer sur moi-même et sur un de mes amis, beaucoup plus jeune que moi. J'ai donc pris, le 16 août 1843, à huit heures du matin, à jeun, vingt-cinq centigrammes (cinq grains) d'extrait résineux préparé par M. Abbene, mêlé à un peu d'extrait de violettes, en deux bols, à une heure d'intervalle. A peine avais-je pris la première dose, que j'ai éprouvé un peu d'ardeur au gosier, sentiment de poids à l'estomac, nausées; ces sensations durèrent un quart d'heure et se sont renouvelées, mais moins vivement, après la se-

conde dose. Plus tard, j'ai senti un peu de chaleur et de prurit à la base du gland, et dans le courant de la journée se sont montrées quelques gouttes de serum muqueux dans l'utérus. Mon ami l'a pris d'une autre manière, il a fait dissoudre la dose de 25 centigrammes dans un peu d'alcool, et délayé le tout dans de l'eau, qu'il a bue en deux fois; il a senti un peu de cuisson et de chaleur à l'estomac, puis des douleurs dans le ventre, et ensuite une évacuation ventrale (il était habituellement constipé). Le 18 du même mois, j'ai répété l'expérience sur moi; cette fois j'en ai pris un demi-gramme (dix grains) en deux fois; j'ai éprouvé une légère chaleur dans le ventre, des pincemens dans l'urêtre; pas d'autre effet sensible. Le 24, même expérience; j'en ai pris soixante-quinze centigrammes (quinze grains), mêmes effets à peu près. On ne peut tirer d'autre conséquence de ces essais que celle de l'innocuité de l'extrait résineux. M. Bonjean avait prouvé le même fait relativement à l'extrait aqueux, ce qui porterait à faire présumer avec ce chimiste que le principe toxique du seigle réside dans l'huile dont nous avons parlé; mais encore là nous manquons de faits concluans.

Voici maintenant une observation qui offre plus d'intérêt. Une jeune personne âgée de vingt-cinq ans, aménorrhéique depuis un an, offre le pouls fréquent et dur, avec fièvre, palpitations au cœur, pesanteur à la tête, etc. On lui prescrit deux saignées, remèdes laxatifs; la fièvre s'apaise. On donne 50 centig. (10 grains) d'extrait résineux de seigle en six pilules, à prendre une toutes les deux heures; aussitôt, douleurs intestinales et diarrhée. Le lendemain, on donne 40 centig. d'extrait résineux, mêmes effets; le pouls est fort, chaleur à la peau, pas de retour des règles. On réduit l'extrait à 30 centig., et on le continue pendant douze jours : pas de menstrues. On donne alors l'extrait aqueux, que la malade tolère sans peine à dose beaucoup plus élevée, ce qui augmentait son appétit. La malade s'est sentie bien, et est sortie sans être congédiée. On serait, par là, porté à penser, et telle est aussi mon opinion, que l'action de l'extrait résineux de seigle est plutôt stimulante. L'action stimulante de cet extrait nous a paru plus manifeste dans les deux faits suivans. — Femme en couche, travail lent; on rompt la poche des eaux; pas de progrès; on donne deux grammes d'extrait résineux, retour des contractions, accouchement heureux. — Mère de six enfans, 32 ans, bassin déformé par ostéomalacie, accouchement lent; on rompt les eaux, pas de progrès; 50 centigrammes d'extrait réveillent les contractions, et l'accouchement est achevé (1). (Suivent d'autres détails sur l'action présumée de cet extrait).

Cet exemple d'un corps comme le seigle, qui résulte à la fois d'élémens d'action dynamique différente, n'est pas le seul; on pourrait en citer plusieurs, par exemple, le pavot et la rhubarbe. On comprend, au reste, pourquoi, donné en nature, le seigle exerce une action plutôt hyposthénisante, puisque nous venons de voir que la proportion de l'extrait résineux s'élève à peine à 1/57. Ajoutons que quand on prescrit le seigle en infusion, on ne donne que la seule partie controstimulante, puisque, par le refroidissement, le liquide ne contient que l'extrait aqueux seulement, la partie résineuse allant au fond dans le résidu. Je suis, par conséquent, de l'opinion des praticiens qui pensent que pour les accouchemens il est plus convenable d'employer le seigle en poudre, et sans lui faire subir aucune autre préparation (Suivent d'autres détails).

C. Huile fixe du seigle. Nous venons de voir que, d'après l'analyse de M. Bonjean la quantité d'huile fixe dans le seigle serait assez forte, 35/00. Selon l'auteur, cet élément constituerait le principe toxique du seigle, il produit en effet sur les animaux un empoisonnement pareil à celui du seigle en substance, tandis que ni l'extrait aqueux, ni la partie résineuse n'occasionnent rien de pareil. Les phénomènes produits par l'huile, comme par le seigle, sont les suivans : abattement extrême, engourdissement, puis crampes, mouvemens convulsifs multiformes aux extrémités, noircissement des veines sous-cutanées, irrégularités et petitesse du pouls, gangrène sèche, enfin mort. A l'autopsie on trouve des tâches gangreneuses dans les poumons, dans le foie et dans le cœur devenu flasque; sang noir très-liquide et très-putrescible. Les chiens, les lapins et les poules empoisonnés par M. Bonjean à l'aide du seigle ou de son huile fixe, paraissaient abattus, stupides, très-faibles, puis ils succombaient et à l'autopsie on trouvait des stases de sang noir, coagulé. On ne peut s'empêcher de reconnaître dans cette huile une action dynamique éminemment hyposthénisante, analogue à celle des extraits vireux qui tuent en déprimant la force vitale jusqu'à l'extinction, et sans laisser la moindre trace d'inflammation.

CONCLUSIONS.—Il résulte de ce qui précède, 1° que l'action de l'extrait aqueux (hémostatique ou ergotine de Bonjean) est un remède hyposthénisant vasculaire général, puisqu'à son aide on arrête les hémorrhagies actives, les écoulemens séro-muqueux morbides, et qu'on abat la surexcitation du cœur. Effectivement, cette action porte sur les vaisseaux de l'utérus, puisqu'à son aide on conjure les métrorrhagies, les menaces d'avortement, les métrites légères, les irritations et l'orgasme des capillaires utérins. Or, l'on sait que le système circulatoire est sous la dépendance du grand nerf intercostal; il s'en suit que l'action de l'extrait aqueux de seigle est ressentie par ce nerf et par ses nombreuses ramification, en particulier par celles qui président à la vie et aux fonctions des vaisseaux utérins; 2° que l'action de l'extrait résineux est probablement stimulante, et porte son action élective sur les nerfs, soit moteurs, soit sensitifs de l'utérus. Cet extrait constitue vraisemblablement le principe qui réveille les contractions utérines affaiblies, mais déjà déclarées, lorsqu'on administre le seigle en poudre; 3° l'action du seigle ergotié qu'on administre en nature paraît être de deux espèces : l'une, dans les accouchemens, porte sur le système sanguin, qu'elle hyposthénise par l'ergotine; l'autre sur les nerfs utérins, qu'elle stimule par son principe résineux. A cette double action, il faut en joindre une troisième,

(1) Les faits ci-dessus sont loin de prouver l'opinion de de l'auteur, savoir l'action stimulante de l'extrait résineux du seigle; ils ne prouvent rien ou bien ils se prêtent, au contraire, à une opinion opposée; mais ils n'en sont pas moins dignes d'intérêt. (N. du Tr.)

également hyposthénisante, celle du principe huileux ou toxique. On prévoit déjà que des indications diverses peuvent être remplies en pratique par l'administration isolée de ces principes, et par le seigle en nature. Ces études ne peuvent qu'étendre la puissance de la thérapeutique en précisant les applications; 4° Le seigle n'agit utilement dans les accouchemens qu'autant que le travail est déjà commencé, que la poche amniotique est rompue, que la position de l'enfant est naturelle, et que les contractions sont arrêtées ou affaiblies, soit par oppression des forces, soit par faiblesse véritable. Dans ce dernier cas, on devrait préférer l'extrait résineux à l'extrait aqueux ou ergotine. En conséquence, c'est en vain qu'on donnerait le seigle pour provoquer l'avortement ou l'acouchement, alors qu'il n'existerait aucun commencement de travail. Il est néanmoins une exception à cette règle, c'est lorsque la matrice renferme un fœtus mort ou une tumeur libre dans sa cavité ; mais on comprend que dans ce cas l'utérus est dans un état maladif, et le plus souvent le seigle ne fait que mettre l'organe en état de se contracter, ou bien il facilite et hâte un travail déjà commencé. Donné à dose continue ou élevée lorsque le travail n'est pas commencé, le seigle ne peut qu'être nuisible, il tue l'enfant, et c'est alors que l'accouchement se déclare; ou bien il le rend maladif; 5° l'opportunité de l'emploi du seigle est toujours très-grande dans la métrorrhagie par détachement partiel du placenta. On sait que dans ce cas la vie est en danger assez souvent si la perte est abondante et si l'accouchement n'est de suite opéré. On peut prescrire le seigle en nature, ou bien l'un ou l'autre extrait, selon les conditions de la patiente. Il est des cas où la femme offre une véritable pléthore générale utérine, reconnaissable à l'état du pouls, qui est profond, lent et plein, à la dyspnée, au développement des veines des mains, des cuisses et des pieds, qui deviennent bleus, à la céphalalgie gravative ou pulsatile, etc. Dans ces occurences on commence par saigner une ou deux fois la patiente, puis, si l'utérus continue à être inerte, on prescrit le seigle en nature, si l'on trouve probable et utile de pouvoir favoriser l'accouchement; sinon, on s'en tiendra à l'ergotine, s'il s'agit de conjurer l'hémorrhagie et l'avortement. L'administration du remède doit toujours être précédée de la saignée, en cas de phlogose utérine; 6° Une ou plusieurs heures après la sortie du fœtus, si la matrice n'expulse pas spontanément le placenta, l'usage du seigle réveille les contractions dans l'espace de sept à huit minutes, ou d'un quart-d'heure au plus tard; 7° Une circonstance essentielle dans la préparation du remède, c'est que le seigle ne soit récolté que lorsqu'il est dans une parfaite maturité, vers la fin de la moisson, et dans des lieux bien orientés. S'il n'est pas bien mûr il n'a pas d'action, ou son action est faible, ainsi que M. Boujean l'a démontré par des expériences exactes. Il ne contient en effet, alors, que peu d'extrait aqueux ou d'ergotine, et pas d'huile fixe; aussi n'est-il pas vénéneux. Il est probable que c'est au degré de maturité du seigle qu'on doit les différences d'effets que certains auteurs disent avoir observés. On sait d'ailleurs que le seigle pert de ses vertus s'il est récolté depuis plus d'une année, ou s'il est carié ou éventé ; s'il a été torréfié à une chaleur trop élevée, etc. On ne doit le pulvériser qu'au moment de s'en servir; 8° Il est plus utile de donner le seigle par petites doses répétées que pas des doses trop élevées qui sont facilement rejetées par l'estomac. Une manière assez commode de le prescrire en poudre, c'est de le suspendre dans une eau gommeuse, avec addition d'un sirop agréable. Nous avons parlé de la manière de servir l'infusion préparée à l'eau bouillante et de ses indications spéciales; on peut en séparer l'huile par la décantation et l'on aura ainsi l'ergotine pure. L'infusion peut être aussi préparée à froid. La décoction, si on la laisse refroidir et déposer, n'est plus qu'une sorte d'infusion à chaud. (Suivent plusieurs observations de métrorrhagies guéries à l'aide de l'extrait aqueux de seigle; puis une autre d'écoulement muco-séreux abondant des parties génitales, chez une petite fille de trois ans, qui avait résisté à tous les moyens ordinaires, et qui a été guérie par une seule dose de 60 centigr. de poudre de seigle, infusée à chaud et refroidie.)

DOCUMENS DIVERS.

Les sinapismes. — Lorsqu'on ouvre les différens traités de matière médicale, on est frappé de la dissidence qui existe entre les auteurs dans la préparation des sinapismes. Les uns conseillent de délayer la farine de moutarde avec de l'eau chaude ou du vinaigre chaud indifféremment; les autres choisissent de préférence le vinaigre ou l'acide acétique concentré pour produire un effet plus actif. Les uns recommandent expressément de se servir de farine récemment moulue; les autres veulent qu'on emploie seulement le son de cette même farine. M. le professeur Trousseau entreprit, il y a quelques années, une série d'expériences sur ce sujet. M. Leroyer, pharmacien distingué de Genève, ayant avancé, avec raison, que les propriétés actives de la moutarde semblaient appartenir à l'huile essentielle, et celle-ci étant soluble dans l'alcool, M. Trousseau fut conduit à faire des sinapismes en délayant la moutarde avec de l'esprit de vin ; mais l'expérience fit voir que les sinapismes préparés suivant cette méthode n'avaient aucune énergie, ne preduisaient aucun effet. L'emploi du vinaigre produit de meilleurs effets. Mais toutes les fois que le sinapisme était préparé avec de la bonne farine et de l'eau, il se développait au point de contact, et dans l'espace de quelques minutes, une sensation de picotemens qui devenait de plus en plus cuisante, et qui, au bout de dix minutes, se convertissait en une douleur analogue à celle qui serait produite par un fer incandescent, tenu à peu de distance de la peau. On voit d'après cela que le maximum d'effet produit par la graine de moutarde a lieu lorsque celle-ci est délayée avec de l'eau. Les recherches de M. Fauré, de MM. Robinet et Boutron, ont appris plus tard que les semences ne renferment pas d'huile essentielle toute formée, et que celle-ci prend naissance par

le contact de l'eau sous certaines conditions. Quant à la théorie de la formation de cette huile, elle était complétement ignorée, lorsque les dernières expériences de MM. Robiquet et Bussy d'une part, celles de MM. Fremy et Boutron, d'une autre part, ont complétement éclairé cette formation. Les importans travaux de MM. Wahler et Leibig, sur la production de l'huile volatile des amandes amères, dont nous avons rendu compte, permettaient de regarder comme probable que l'huile essentielle de moutarde se forme sous des influences analogues à celles qui produisent l'essence d'amandes amères. Les recherches des chimistes que nous venons de citer, entreprises dans ce but, furent couronnées d'un succès complet. Ils ont reconnu, en effet, que la moutarde noire contient un principe particulier analogue à l'émulsine qui détermine constamment la production de l'huile volatile. C'est ce principe auquel MM. Robinet et Bussy ont donné le nom de myrosine. (Dumas, Chim., t. VI, p. 360, 1843.)

Il résulte évidemment de ces recherches que le principe d'action des sinapismes est dans l'huile essentielle que la moutarde offre à l'absorption cutanée, soit que ce principe préexiste tout formé, ainsi que nous le pensons, soit qu'il se développe par le contact de l'humidité, ainsi que les analyses fluctuantes de la chimie tendraient à le faire croire. Que l'action dynamique de ce principe huileux soit hyposthénisante, on ne saurait le mettre en doute d'après les effets antiphlogistiques que les sinapismes et la moutarde blanche elle-même produisent. Cela fait comprendre pourquoi M. Trousseau n'a obtenu aucun effet des sinapismes préparés à l'alcool, puisque ce dernier corps avait pour effet de neutraliser l'action hyposthénisante de l'huile essentielle. Tout cela saute aux yeux, et cependant tout cela est méconnu; on ne voit que la prétendue révulsion dans l'emploi des sinapismes, et l'on ne tient aucun compte de l'absorption du principe actif. Parce que ce principe exerce une action chimique irritante sur la peau, on s'imagine que cela est tout, et cette action est censée déplacer la maladie, l'appeler au dehors comme une meute qui accourt à un coup de sifflet de son maître. L'on n'a pas réfléchi que les sinapismes sont souvent très-utiles sans rougir la peau; nous dirons même que leur utilité est moins prononcée lorsqu'ils déterminent une grande douleur, par la raison que l'absorption est en raison inverse de l'irritation du derme. C'est là une vieille théorie enfantée par la médecine humorale et qui joue un très-grand rôle dans la thérapeutique du jour. On comprend que la rectification de ces hypothèses conduit à des modifications importantes dans l'application; on visera à l'absorption en étalant le sinapisme sur de grandes surfaces à peau fine, et l'on ne mêlera pas la farine avec des corps excitans qui neutralisent son effet comme l'alcool. Par la même raison on préférera, quand on veut obtenir une grande action, le sinapisme à l'eau chaude ou tiède, le sinapisme à l'eau froide ou au vinaigre, car le premier amollit l'épiderme et favorise mieux l'absorption que les derniers. Le vinaigre lui-même est sans doute un hyposthénisant comme la moutarde, mais il exerce une action locale irritante, et contient quelquefois un peu d'alcool; mieux vaudrait donc le mêler avec de l'eau chaude.

Hydrophobie rabique. — Cette formidable maladie est regardée jusqu'à ce jour comme au-dessus des ressources de l'art lorsqu'elle est déclarée. On trouve, il est vrai, dans plusieurs auteurs anciens et modernes, quelques exemples réels de guérison; ces faits, cependant, sont contestés par beaucoup de praticiens, ou plutôt on n'y croit pas, parceque les médications qu'on a essayées en d'autres lieux ont constamment échoué. Par suite de ces échecs, on s'est tellement désorienté sur cette affection, qu'on ne la combat presque plus; on regarde les malades comme perdus, et l'on ne s'occupe même plus de préciser les connaissances pathologiques à cet égard pour poser des indications rationnelles. Cela est fâcheux, il faut le dire; de ce que le mal est extrêmement grave et que les remèdes recommandés ont paru insuffisans, il ne s'ensuit pas qu'il faille le regarder comme inconnu dans sa nature et renoncer à l'espoir de le guérir. La solution de ce double problème ne saurait être rationnellement obtenue sans une étude approfondie. Il ne faut pas perdre de vue qu'il s'agit d'une intoxication dont les phénomènes se traduisent par des accès convulsifs intermittens, et dont la condition pathologique paraît résider dans une phlogose des méninges encéphalo-rachidiennes à un degré plus élevé que dans l'épilepsie. C'est du moins ce qui résulte des recherches de Morgagni: « Il y a eu, dit cet auteur, des sujets sur lesquels la dure-mère ou les deux méninges, attaquées d'une inflammation plus ou moins intense, avaient leurs vaisseaux distendus par du sang noir; elles présentaient même un peu de suppuration vers le sommet sur l'un d'entre eux; et, qui plus est, elles étaient ulcérées chez un chien enragé. Le cerveau lui-même était quelquefois enflammé, soit dans sa substance corticale; mais alors l'inflammation était légère, et cette partie était plus brune, soit dans sa substance médullaire qui était parsemée de points de sang; les ventricules ne présentèrent point d'humidité sur un ou deux cadavres. Sur un, la moëlle épinière était plus sèche qu'à l'ordinaire; mais en même temps tout le corps était desséché et enflammé, et sur un autre il était violacé jusqu'à la surface, à la suite d'une inflammation. Un auteur a même noté, parmi les lésions les plus fréquentes, une sécheresse et une tension singulières des parties solides, particulièrement de presque toutes celles qui sont membraneuses. » (Des causes et du siége des mal., Ep. VIII, n° 31.)

De là découlent des indications précises qu'on ne doit pas perdre de vue. Il est clair que ce qui tue, c'est la phlogose produite par la cause spécifique; c'est donc cette phlogose qui devient la source des phénomènes convulsifs, et qu'il faudrait pouvoir dompter. Sous ce point de vue, l'hydrophobie rabique rentrerait dans la catégorie des méningites rachidienne et encéphalique que l'art suit sans pouvoir dominer le plus souvent. Il serait donc à désirer que des expériences fussent faites sur des animaux atteints de rage et renfermés convenablement dans des espèces de cages en fer dont se servent les vétérinaires, en leur administrant des doses de remèdes hyposthénisans vasculaires, tels que belladone, cantharides, sulfate de quinine, etc. On prévoit qu'on ne peut arriver à des résultats satisfaisans qu'en posant des indications précises et déduites de la nature même de la maladie. Que de différence entre cette manière de procéder et l'empirisme aveugle qu'on suit de nos jours.

Chorée. — Le docteur Person, de Saint-Pétersbourg, a, dit-on, obtenu d'excellens effets du chlorure d'étain contre les convulsions choréiques; il commence par des doses très-faibles, neuf milligrammes (1/15 de grain), et il a vu le mal disparaître dans des cas désespérés.

CLINIQUES CHIRURGICALES.

Deux tendances générales distinguent principalement la marche actuelle de la chirurgie de Paris : l'esprit de conservation, c'est-à-dire de n'en venir au bistouri qu'à la dernière extrémité, et le retour vers la prescription des remèdes internes. On a compris, en effet, que les secours mécaniques étaient souvent appliqués intempestivement, et que des opérations sanglantes pouvaient parfois être évitées ou rendues moins dangereuses par suite d'une attente bien calculée et d'un traitement dynamique judicieux et énergique. Il y a cependant une limite à laquelle il faut s'arrêter, sous peine de tomber dans un excès opposé, et de voir les malades privés des secours qui, appliqués à temps opportun, auraient pu les sauver. Il est en effet des sujets, surtout de ceux de la campagne, qui vivaient dans une sorte d'aisance chez eux, et qui finissent par contracter des maladies graves par un trop long séjour à l'hôpital ; la fièvre typhoïde, des gastro-entérites, des érysipèles graves compromettent souvent leur existence avant qu'on eût songé à les opérer ; nous en avons vu des exemples récens. D'un autre côté, il est de fait que, par suite des tendances actuelles, on obtient souvent des guérisons heureuses sans opération. Il suffit de suivre pendant quelque temps les cliniques de MM. Lisfranc, Blandin, Gerdy, Jobert, Robert, etc., pour se convaincre de cette importante vérité. Que de fractures compliquées, de tumeurs blanches articulaires, de tumeurs diverses, d'ulcères étendus, de difformités qu'on guérit aujourd'hui sans amputation ! L'autoplastie rend d'immenses services dans un grand nombre de cas. On calcule toujours les chances diverses, jusqu'à la somme relative des douleurs, dans chaque espèce de traitement, et l'on est heureux de voir un véritable progrès dans cette réserve pour le bistouri et dans le retour vers la médication dynamique. Il est remarquable que plus on marche vers la perfection, que la masse des lumières augmente, plus on simplifie les médications, et plus on vise à un but de conservation au détriment de la chirurgie tranchante. Telles sont les impressions culminantes qui nous ont frappé dans l'excursion de ce mois dans les hôpitaux.

Hôpital de la Charité (M. Gerdy).

Ablation de deux paupières cancéreuses. *Procédé nouveau. Cas remarquable.* — Un homme âgé de 40 ans passés, dont nous avons parlé dans un des derniers numéros, avait été opéré d'un trichiasis double à l'œil gauche, par M. Gerdy, à l'aide de l'excision du bord libre des paupières jusqu'à la hauteur des bulbes, et auparavant il avait été opéré par le même praticien d'un cancer dans le voisinage de l'orbite. Aujourd'hui ce malade était entré à l'hôpital pour être traité d'une tumeur squirrho-cancéreuse dans les deux paupières du même côté. Nous avons fait remarquer que la fente palpébrale était de beaucoup réduite depuis l'opération du trichiasis, mais l'œil était sain. Dans la paupière supérieure, on sentait une tumeur squirrheuse du volume d'une grosse noisette ; les alentours de cette tumeur étaient également squirrheux ; la paupière inférieure était elle-même indurée. M. Gerdy a hésité pendant quelque temps à opérer de nouveau ce malade ; il se demandait ce qui arriverait lorsqu'on aurait enlevé les paupières. Faire une autoplastie à la paupière supérieure, alors que le muscle releveur aurait été excisé, à quoi un pareil lambeau aurait-il servi ? L'idée de boucher complétement l'œil entraînait pour conséquence grave de priver le malade de cet organe qui était sain, l'autre œil n'étant pas tout à fait clairvoyant. Enfin, se rappelant ce qui se passe aux lèvres lorsqu'on en excise une partie, savoir que les tissus s'alongent spontanément avec le temps pour venir couvrir l'arcade dentaire, et permettre enfin à l'ouverture labiale d'exercer assez bien ses fonctions, surtout si on a eu la précaution de renverser et de coudre un lambeau de muqueuse sur le bord saignant, lorsque cela est nécessaire, pour empêcher la coarctation de l'ouverture, M. Gerdy a pensé que la même idée pouvait être appliquée chez ce malade, sauf à prendre un autre parti en cas d'insuccès. C'est ce qu'il a fait, et le résultat qu'il a obtenu est vraiment remarquable ; il a excisé la presque totalité de la paupière supérieure et une grande partie de l'inférieure, il a ménagé une portion de conjonctive saine, qu'il a cousue sur le bord saignant, et il a attendu les suites d'un pareil état de choses ; l'œil s'est trouvé en grande partie à découvert, d'enseveli qu'il était auparavant sous les paupières déjà retirées par la cicatrice de la première opération et par le gonflement squirrheux. Les parties se sont cicatrisées séparément ; mais, chose remarquable, le sourcil et la joue vont à la rencontre l'un de l'autre pour couvrir l'œil et servir de nouvelle paupière ; celui-là est descendu presque jusqu'au milieu de l'orbite, la fente palpebrale est parfaite, l'œil exerce très-bien ses fonctions, et, chose admirable, le malade peut faire mouvoir déjà les nouvelles paupières.

— A part la maladie pour laquelle cette opération a été pratiquée, et qui peut récidiver comme ailleurs, il y a dans cette observation un résultat aussi neuf qu'intéressant ; nous voulons parler de la convergence des parties molles adjacentes de l'orbite, de cette espèce de consensus réparateur, tendant à un but commun de conservation. On aurait cru *à priori* que, les paupières excisées, le globe resterait à découvert, et subirait les suites fâcheuses de l'action incessante de l'air ; que la cornée se serait enflammée et couverte d'opacités, etc. ; mais rien de pareil n'est arrivé, et l'on peut déduire de ce fait un grand enseignement pour les cas de blessures qui détruisent les paupières. Il est clair qu'on doit viser à conserver la fente palpébrale, en renversant la muqueuse, et à favoriser le travail d'allongement concentrique du sourcil et de la joue. Le renversement de la muqueuse est de rigueur, surtout vers l'angle externe, car là les parties ont de la tendance à se réunir tout à fait, ainsi que cela a été observé chez le malade de M. Gerdy, lors de la première opération du trichiasis ; l'ouverture palpébrale s'était rétrécie de moitié ou du tiers, ce qui constituait une sorte de difformité. L'ablation des paupières devait s'observer souvent chez certains peuples anciens, puisque c'était là un moyen de supplice ou de punition légale chez eux. On sait qu'un des

tyrans de Syracuse, Denis, punissait les coupables d'Etat en leur faisant exciser les paupières ; mais ses victimes devenaient amaurotiques après, par la raison qu'il faisait exposer leurs yeux dénudés aux rayons ardens du soleil, s'il faut en croire l'histoire. Il est probable, cependant, que, consécutivement, le travail de rapprochement des moignons des parties molles s'opèrait toujours. On dirait, en vérité, que la nature a horreur du vide, *natura abhorret à vacuo*, ainsi que les philosophes anciens le disaient, puisque nous voyons le même travail s'effectuer sur les parois osseuses de l'orbite, après l'extirpation de l'œil, et dans toutes les cavités en général, surtout dans les vaisseaux, etc.

Flexion permanente de l'avant-bras, de la main et des doigts. *Traitement résolutif. Guérison.* — Un homme âgé de 34 ans, menuisier, de bonne constitution, robuste, a été blessé au tiers inférieur de l'avant-bras droit (face palmaire), par un fer de rabot. La petite plaie avait été réunie régulièrement à l'aide de bandelettes agglutinatives, mais elle a été saisie d'érysipèle, et ses bords se sont écartés; l'inflammation ayant envahi tous les environs, l'avant-bras a été pris de contracture, et le malade s'est fait recevoir à la Charité. A l'examen, on a trouvé une plaie béante à la face antérieure de l'avant-bras, de quelques centimètres de longueur, et dont le fond laisse voir les tendons des muscles fléchisseurs; ce membre est érysipélateux et rétracté fortement sur le bras, puis le poignet se rétracte à son tour sur l'avant-bras, et les doigts se fléchissent fortement vers la paume de la main; le malade ne peut étendre ces parties. M. Gerdy a combattu d'abord l'érysipèle et pansé la plaie régulièrement à l'aide d'applications résolutives, et d'un traitement interne antiphlogistique; un abcès s'est formé à côté de la plaie, on l'a ouvert. Au bout de quelques jours, l'érysipèle avait disparu et la plaie était cicatrisée, mais la rétraction de l'avant-bras, de la main et des doigts, persistait; le membre n'obéissait plus à la volonté. Un examen attentif a fait reconnaître une lame dure dans les environs de la plaie; cette lame devenait saillante et plus étendue lorsqu'on essayait d'étendre l'avant-bras et la main; M. Gerdy s'est assuré que c'était là l'aponévrose antibrachiale qui s'était rétractée par le fait de l'inflammation; on pouvait la suivre en haut à ses attaches au pli du coude, la peau correspondante avait perdu son glissement par suite de la phlogose du tissu cellulaire sous-jacent qui l'avait fait adhérer à l'aponévrose. Ce qui démontrait d'ailleurs que le mal avait pour siége l'aponévrose et non les muscles, c'est qu'en étendant fortement le membre, la raideur n'existait pas dans la direction des tendons, mais bien dans toute la couche occupée par la lame aponévrotique M. Gerdy s'est, en conséquence, mis en devoir de combattre d'abord la cause de la rétraction du tissu albuginé, à l'aide de topiques émolliens et antiphlogistiques, persuadé qu'il était que ces tissus pouvaient revenir à l'état naturel par ce seul secours. Effectivement, une amélioration a été produite. Ensuite, il a forcé un peu les parties en étendant l'avant-bras avec ses mains; cette extension a déterminé un craquement vers la partie moyenne et interne de l'avant-bras, puis un second craquement sur un autre point, ce qui a prouvé manifestement que l'aponévrose venait d'être déchirée sur deux points, et à l'instant une grande détente s'est opérée, l'avant-bras, le poignet et les doigts ont pu être parfaitement étendus, et depuis lors le membre a repris ses fonctions. Cependant, la guérison n'est pas encore tout à fait complète, car la portion supérieure de l'aponévrose est encore tendue dans la largeur de 12 à 15 centimètres carrés environ; là, la pression détermine une sorte de douleur sourde, et en comparant les deux avant-bras, il est facile de s'assurer de l'exactitude des remarques ci-dessus. On continue les antiphlogistiques locaux. Plus tard, le patient doit revenir à l'hôpital pour se faire voir, et si la rétraction persiste encore, et si elle gêne les fonctions du membre on pourra l'attaquer avec le ténotome; jusque-là l'opération pourrait être parfaitement inutile.

— Plusieurs enseignemens importans découlent de cette observation. M. Gerdy a fait voir qu'il s'agit là d'un de ces faits-principes qu'on avait incomplétement appréciés, et que quelques faiseurs de systèmes avaient, dans ces derniers temps, rapportés indistinctement à la rétraction musculaire. Dans ses élucubrations orthopédiques, le docteur J. Guérin avait rêvé une selle applicable à tout cheval, et il appelait cela sa grande loi, sa doctrine, sa découverte. Peu de temps a suffi pour réduire à néant ces sortes d'inventions, et les discussions récentes, en éclairant les médecins, ont déjoué parfaitement la nouvelle amorce scientifique attachée à la tige vertébrale de quelques redresseurs. M. Gerdy a démontré jusqu'à l'évidence que le tissu albuginé, autrement dit tissu cellulaire, qui sert de trame à nos organes, qui réunit la peau aux muscles, et qui, en s'épaississant, forme les aponévroses, les tendons, les fascias, les gaînes, etc. ; le tissu albuginé, disons-nous, qui est partout le même au fond, quand il s'enflamme chroniquement, il se gonfle, s'épaissit, se raccourcit, perd son glissement, son élasticité, et donne lieu à des raideurs fonctionnelles plus ou moins graves, surtout dans les membres; ses épaississemens forment même quelquefois des brides accidentelles qui concourent au même dérangement de fonctions. C'est ainsi qu'à la main, par exemple, on rencontre fréquemment la rétraction du quatrième ou du cinquième doigt, quelquefois même de tous les deux, ou de plusieurs doigts à la fois, par suite d'une inflammation chronique du tissu cellulaire sous-dermique et aponévrotique, de l'épaississement et de la rétraction de ces parties, et aussi quelquefois de la formation de brides accidentelles sous l'influence de cette cause; cela s'observe, comme on sait, chez des personnes qui exercent certaines professions, qui manient le marteau, la charrue ou la pioche, qui compriment souvent et rudement, en un mot, la portion correspondante de la paume de la main par un corps dur quelconque, capable d'irriter, d'enflammer les tissus albuginés. Dupuytren, qui le premier a signalé la nature de la rétraction en question, n'avait vu qu'un côté de la question, la seule rétraction aponévrotique; il avait méconnu la part essentielle que prenait le tissu cellulaire sous-cutané et la formation des brides accidentelles. Le fait de M. Gerdy prouve jusqu'à l'évidence, 1° que la véritable cause de la rétraction aponévrotique réside dans une irritation, une subphlogose chronique du tissu cellu

laire sous-dermique et aponévrotique ; 2° que partout où cette cause agit elle peut produire le même résultat. Ici, c'est l'avant-bras, le poignet ou le doigt ; là, c'est la jambe ou la cuisse ; chez un autre, c'est le cou ou une autre partie du corps qu'elle déforme. Cela ne veut pas dire qu'il n'y a pas de contractures musculaires, ainsi que les chirurgiens l'avaient établi ; mais il est vraisemblable qu'à la suite des lésions traumatiques, les rétractions permanentes dépendent généralement d'un travail phlogistique, actuellement existant ou déjà accompli, du tissu albuginé de la région. Il s'ensuit que le traitement de ces difformités doit être dirigé par des indications différentes de celles qu'on s'est efforcé de faire valoir ; la section musculaire peut souvent être inutile, sinon dangereuse. On doit d'abord combattre la cause phlogistique de la maladie ; on peut souvent obtenir alors le redressement à l'aide de faibles secours mécaniques, comme dans le cas ci-dessus et dans la plupart des semi-ankyloses qui succèdent aux rhumatismes, aux fractures, aux luxations, aux blessures musculaires, etc. ; ensuite au moyen de l'aponévrotomie, dirigée d'après les données que nous venons d'exposer. Que de cas de torticolis survenus à la suite d'un rhumatisme, d'une contusion, d'une entorse, etc., qu'on a ténotomisés alors qu'on pouvait les guérir sans section musculaire ! Ces faits rappellent à la mémoire de bien tristes souvenirs, la chirurgie ayant été, dans ces derniers temps, compromise par des abus énormes et un charlatanisme inoui.

CANCER AU FRONT. ABLATION. *Remarques pratiques.*— Une femme, agée de 68 ans, portait une tumeur cancéreuse ulcérée au front, précisément au-dessus du sourcil droit, du volume d'un demi-œuf de poule. L'origine de cette tumeur datait de dix ans, par une petite végétation indolente ; elle n'avait commencé à croître que depuis huit mois seulement, au dire de la malade. Des douleurs lancinantes et des démangeaisons l'accompagnaient. M. Gerdy l'a circonscrite entre deux incisions, disséquée et enlevée ; l'os sousjacent a été mis à nu. Le tissu de la tumeur a paru encéphaloïde, l'os est sain. La plaie a donné beaucoup de sang en nappe ; on l'a arrêté à l'aide d'un tampon d'agaric. Cette circonstance et l'état de dénudation de l'os a obligé à suivre les pansemens par seconde intention. La réaction a été assez vive ; la malade a eu de la fièvre, des maux de tête, des nausées, puis des frissons violens ; les ganglions cervicaux se sont engorgés ; mais les choses ont bientôt pris une bonne marche avec la suppuration, et l'on a pu dès-lors suivre avec intérêt le développement des bourgeons charnus dans la substance de l'os. C'est vers le dixième jour que le bourgeonnement ostéique a commencé à pointer, par trois ou quatre petites taches rougeâtres à la surface de l'os. A cette époque, les bourgeons des parties molles étaient déjà abondans et d'une belle apparence ; ils couvraient les deux tiers de la surface osseuse dénudée. Aux taches rouges s'est ajoutée une injection générale à cette surface ; puis les taches rosées se sont multipliées ; ces taches saignent quand on les touche avec un stylet ; elles constituent les germes des bourgeons de l'os venant du tissu diploïque. Quelques jours après, en effet, ces taches se sont successivement avancées et converties en petits bourgeons du volume d'une tête d'épingle d'abord, puis de plus en plus gros. En les touchant avec un stylet, on les déchire et ils saignent abondamment. On s'est assuré, avec un stylet, que chacun de ces bourgeons provenait du fond de l'os, et qu'il avait fait un petit trou à la lame corticale pour se montrer au dehors. La surface de l'os a été ainsi criblée par ce travail d'exubérance vasculaire du diploë ; aucune exfoliation cependant ne s'est opérée, et l'on s'est soigneusement assuré que les portions correspondantes de l'os, perforées, n'avaient pu disparaître que par résorption. Consécutivement, néanmoins, on a vu deux petites lamelles très-fines, de la grandeur d'une lentille environ, vascularisées, trouées, érodées comme une dentelle, se détacher du milieu de la portion dénudée, par la force expulsive des bourgeons soujacens. Les bourgeons des parties molles marchaient toujours sur ceux de la substance de l'os, et les couvraient ; on les a soulevés plusieurs fois, et l'on a exploré à loisir ces derniers, dont le volume était progressif, et qui saignaient abondamment au moindre attouchement. Enfin, on a vu les deux ordres de bourgeons s'anastomoser réciproquement, et la plaie se couvrir de chairs solides et adhérentes. Pendant ce travail, la malade a été menacée d'érysipèle à la face, a eu des nausées et de la fièvre ; mais enfin les choses ont marché vers le mieux, et elle est aujourd'hui en pleine voie de guérison.

— Sans offrir aucun fait nouveau, cette observation présente des circonstances dignes d'intérêt. Nous y voyons d'abord un carcinome dans une région que le cancer choisit rarement, et qui devient surtout redoutable à cause des réactions cérébrales que l'opération peut entraîner. Nous avons vu, dans un des derniers numéros, un fait analogue recueilli à la clinique de M. Gerdy, opéré par ce praticien, à l'aide de la pâte de chlorure de zinc, qui a nécessité plus tard l'usage du trépan céphalique, et qui s'est enfin terminé par une méningo-encéphalite mortelle. Chez la seconde malade, le résultat a été plus heureux, le mal n'ayant pas encore, chez elle, intéressé l'os, et la réaction inflammatoire s'étant bornée dans des limites modérées. Ensuite, on put suivre pas à pas la marche de la nature dans le bourgeonnement de l'os ; on a vu d'abord une injection parcellaire (taches rouges), puis une vascularisation générale ; ensuite, la perforation multiple de la table externe, par les végétations venant du fond aux points des taches rouges ; l'avancement de ces bourgeons sans exfoliation ; enfin, leur anastomose avec les parties molles. Ces phénomènes ont conduit M. Gerdy à cette conclusion que la partie corticale de l'os est resorbée par les bourgeons eux-mêmes, et sans aucune exfoliation dite *insensible* par les anciens. L'exfoliation peut avoir lieu sur quelques points, qui résistent à l'action de l'exubérance du tissu diploïque, mais alors la séparation est manifeste, et non pulvérulente ni occulte.

FRACTURES. *Réfutation des appareils dits inamovibles.* — A l'occasion d'un malade atteint d'une fracture grave du tiers inférieur de la jambe, avec plaie et sortie de l'un des fragmens, et qui vient de guérir parfaitement à l'hôpital, à l'aide de l'appareil ordinaire de Scultet, M. Gerdy s'est livré à une critique raisonnee des appareils dit inamovibles, dont l'usage a été vivement recommandé dans ces derniers temps, mais beaucoup moins, à la vérité, aujourd'hui. M. Gerdy regarde ce système de bandage

comme défectueux, quel que soit le moyen plastique qu'on préfère, soit amidon, soit dextrine (qui n'est, comme on sait, qu'un amidon recuit au four), soit blanc d'œuf simple ou mêlé à l'acétate de plomb, soit gomme, soit enfin plâtre ou toute autre substance. Le premier inconvénient est dans l'usage de la bande circulaire. Il est clair, dit M. Gerdy, que cette manière d'envelopper le membre inférieur est peu commode, douloureuse, par l'ébranlement que la position en suspens doit occasionner aux fragmens, et inapte à empêcher ceux-ci de se déplacer pendant la pose de la bande. Le second défaut, non moins grave, c'est de ne pas permettre au chirurgien d'examiner souvent le membre, de s'assurer de la position des fragmens et des accidens dès leur début. Il en résulte que le chirurgien agit en aveugle, et, lorsqu'il débande le membre, il est forcé d'accepter l'état des choses et de regretter l'inopportunité du remède. Dernièrement, un chirurgien d'un grand hôpital a traité, dit M. Gerdy, une fracture de jambe à l'aide de l'appareil de Scultet; il a cru devoir faire des pansemens très-rares, afin d'imiter l'appareil inamovible. Quand il a examiné le membre, il a trouvé du chevauchement et un cal vicieux; on a convoqué une consultation, et l'on a pris le parti de rompre le cal pour recommencer un pansement plus attentif. Cet inconvénient arrive d'autant plus facilement dans l'appareil inamovible, que son dessèchement et la maigreur consécutive du membre laissent un certain espace entre celui-ci et la carcasse emplastique; les muscles se contractent aisément, et le malade peut faire jouer les fragmens à volonté, les faire claquer pour ainsi dire. Il y a d'autres inconvéniens encore, et qu'on ne rencontre pas dans l'appareil dit ordinaire ou de Scultet. On comprend tous les avantages dans celui-ci, on ne comprend que les inconvéniens dans celui-là.

— Plusieurs fois déjà nous avons touché à cette grave et importante question du pansement des fractures, et signalé les divergences fâcheuses qui existaient depuis quelque temps dans la pratique des différens hôpitaux de Paris à cet égard. On commence aujourd'hui à revenir à l'ancienne méthode à laquelle plusieurs chirurgiens étaient restés fidèles, et il faut espérer qu'une pratique générale et uniforme sera enfin de nouveau adoptée dans les hôpitaux destinés surtout à l'instruction des élèves; cela n'empêchera pas de rendre à l'appareil inamovible la justice qu'il mérite pour les services qu'il peut rendre dans certaines circonstances exceptionnelles, soit qu'on le combine à la déambulation, soit qu'on se passe de ce moyen.

Faits divers : 1° *Métrite chronique. — Vésicatoires volans.* — Dans les métrites chroniques qui s'offrent avec les apparences de catarrhe utérin, avec des douleurs dans les hanches, dans les aînes, avec tiraillemens douloureux à l'estomac ou dans tout autre point de l'économie, M. Gerdy, tout en attaquant la maladie principale à l'aide des remèdes antiphlogistiques ordinaires (saignées, bains, repos, cataplasmes, etc.), combat les épiphénomènes que nous venons de mentionner au moyen de vésicatoires volans répétés, *loco dolenti.* Le soulagement est constant; souvent aussi ces symptômes disparaissent tout à fait pendant quelque temps. Il en résulte presque toujours une amélioration dans l'état de la malade. Il s'agit donc de recommencer aussitôt que ces phénomènes menacent de reparaître.

2° *Hydrocèle testiculaire. — Remarques pratiques.* — M. Gerdy continue à traiter l'hydrocèle à l'aide des injections froides de vin ou d'eau alumineuse. (Voy. notre dern. numéro.) La guérison est constante et aussi prompte que par les autres méthodes. Comme M. Lisfranc, M. Gerdy s'est assuré qu'en ponctionnant la collection aqueuse qui succède à l'injection, on hâte singulièrement la guérison; le recollement des séreuses s'effectuant alors très-promptement. Il est remarquable que cette seconde ponction ne donne issue qu'à un liquide incolore et transparent. On aurait été cependant porté à présumer que la phlogose adhésive, provoquée par l'injection irritante, aurait déterminé une secrétion plastique, floconneuse, analogue à celle qu'on rencontre dans les péritonites et dans les pleurites. Comme cette seconde ponction n'offre pas d'inconvénient et qu'elle abrège de beaucoup le temps de la cure, il serait utile de l'adopter comme règle générale. Reste à savoir cependant si la guérison qui succède à l'absorption spontanée, ainsi qu'on a l'habitude de le faire, n'est pas plus solide que l'autre. Quand cette absorption tarde trop à s'accomplir, M. Gerdy a trouvé utile l'usage d'un emplâtre de *vigo cum mercurio* sur la tumeur. En général, l'absorption s'opère mieux quand le malade reste couché et qu'il tient les bourses relevées vers le ventre.

3° *Tumeurs blanches articulaires. — Epoque de l'amputation.* — Conformément à l'opinion des anciens, M. Gerdy a observé qu'en général les amputations réussissaient mieux dans les affections suppurantes des os lorsque le malade était arrivé à la période de colliquation qu'au début. Il cite une foule de faits à l'appui de cette pratique, et à l'occasion d'un sujet qui se trouvait dernièrement dans ce cas, et auquel il vient de pratiquer l'amputation prémalléolaire de la jambe avec un plein succès. On sait que cette question, de l'époque la plus convenable d'amputer dans ces cas, est loin d'être décidée de la même manière par tous les chirurgiens modernes. Les observations de M. Gerdy, sur ce sujet, méritent donc toute l'attention. A l'instar de plusieurs autres chirurgiens modernes, M. Gerdy regarde l'amputation prémalléolaire comme beaucoup moins grave que celle qu'on pratique auprès de la rotule. Le lieu d'élection désormais est, dit M. Gerdy, dans le quart inférieur du membre pour cette amputation. Nous enregistrons, à dessin, ces différens faits, tous les chirurgiens n'étant pas encore partisans de ce mode opératoire.

4° *Cancer à la lèvre. Suture déchirée.* — Dans un cas de cancer à la lèvre inférieure, la suture qu'on a appliquée après son ablation s'est déchirée, et les lambeaux se sont éloignés. On a laissé aller les choses à la nature, et les tissus marchent vers la cicatrisation; mais, chose remarquable, la lèvre se régularise d'elle-même, son fond se relève et se met de niveau avec l'arcade dentaire à mesure que la cicatrisation s'opère; de sorte qu'on pourra peut-être s'abstenir d'une seconde opération pour régulariser la cicatrice, ce qui, au reste, se comprend, vu l'état de vascularité abondante et la nature presque érectile des tissus des lèvres. Nous avons dernièrement cité un cas analogue de la clinique de M. Lisfranc. Dupuytren avait d'ailleurs parfaitement signalé ce que nous venons de dire.

5° *Phalange nécrosée et invaginée, simulant un spina ventosa.* — Un jeune homme portait à la première phalange du doigt annulaire du côté gauche une tumeur fusiforme, dure, formée par la phalange elle-même, analogue à celles de même apparence qu'on rencontre chez les sujets scrofuleux et qu'on appelle *spina ventosa.* M. Gerdy a extirpé le doigt conjointement avec l'os métacarpien correspondant

qui paraissait lui-même malade. A l'examen, on a trouvé que la tumeur fusiforme résultait d'une nécrose de la phalange invaginée entièrement dans un étui osseux complet de nouvelle formation. L'ancienne phalange adhérait partout au nouveau cylindre osseux par une infinité de points dentelés de sa surface. M. Gerdy a fait sur cette pièce des remarques pathologiques extrêmement intéressantes. Le malade va parfaitement. Il est clair qu'en supposant que la nature du mal fût connue d'avance, cela n'aurait rien changé à l'indication curative. Quelques auteurs, Boyer, entre autres, conseillent de ne pas opérer les phalanges atteintes de *spina ventosa*, c'est-à-dire d'hypertrophie suppurante de la membrane médullaire et du parenchyme osseux. Ce précepte ne mériterait-il pas révision aujourd'hui?

6° *Lithotritie.*—Un homme jeune vient d'être opéré de la pierre à l'aide du broiement, par M. Gerdy, avec un plein succès. Le cas était simple, à la vérité, mais le calcul était volumineux. Les manœuvres ont été conduites avec un tel bonheur, que le patient a été promptement guéri, et sans éprouver d'accident. Cette belle opération rentre de plus en plus, comme on le voit, dans le domaine de la grande chirurgie.

Hôtel-Dieu (M. Blandin).

Fissure a l'anus. — *Nouveau mode opératoire. (Incision sous-cutanée du sphincter).* — Un homme jeune portait une fissure à l'anus accompagnée des symptômes douloureux propres à cette maladie. La fissure était assez profonde, touchable et visible. M. Blandin a pratiqué la division du sphincter anal à l'aide d'une incision sous-cutanée. Il a introduit un doigt dans le rectum, glissé un petit bistouri pointu à lame étroite, obliquement sous le derme, à quelque distance de la marge de l'anus, et est arrivé jusqu'au niveau de la muqueuse et en contact avec le bout de son doigt sans percer la membrane interne du rectum; il a ensuite remplacé le bistouri pointu par un autre bistouri boutonné, et faisant alors incliner le manche, il a coupé nettement le muscle sphinctérique de dedans en dehors, c'est-à-dire de la muqueuse vers les tissus périphériques, et sans d'autre lésion extérieure que la piqûre dont nous venons de parler. Aussitôt l'ouverture anale a laissé passer librement le doigt et sans beaucoup de douleur. Mèche dilatante. En peu de jours, le malade s'est trouvé guéri de sa douloureuse infirmité.

— Il y a une grande différence entre ce mode opératoire et celui qu'on avait suivi jusqu'à ce jour, d'après le conseil de Boyer. La douleur est beaucoup moindre, car il ne s'agit que d'une simple piqûre sans toucher à la muqueuse, qui, comme on sait, est extrêmement sensible. En outre, les suites sont fort simples, tandis que, en divisant la muqueuse d'après la méthode de Boyer, surtout si on excise les bords de la plaie ainsi que ce grand maître le pratiquait, on produit non-seulement beaucoup de douleur pendant l'opération et les pansemens, mais aussi on a une plaie qui intéresse quelquefois des hémorrhoïdes et peut exposer à des réactions sérieuses; la guérison d'ailleurs se fait attendre assez long-temps, tandis que tout est simple et prompt dans la méthode que vient d'appliquer M. Blandin. Il y a là, comme on le voit, un véritable progrès.

Coxarthrocace. — *Bons effets de l'extension continue.* — Un jeune homme est traité en ce moment, dans le service de M. Blandin, pour une affection inflammatoire chronique de l'articulation coxo fémorale; le mal a été attaqué par la médication antiphlogistique et résolutive ordinaire (sangsues, vésicatoires volans, cataplasmes émolliens, repos et quelques remèdes internes), les douleurs cependant persistaient et étaient réveillées au moindre mouvement du corps du malade; M. Blandin a eu l'heureuse idée de prévenir ces mouvemens, et, par conséquent, ces recrudescences, à l'aide d'une extension continue du membre malade. Une alèze en cravate passée autour des chevilles et attachée aux pieds du lit, et une autre au-devant de la poitrine et attachée à l'extrémité opposée, ont suffi pour remplir l'indication. Dès lors, le malade s'est parfaitement bien trouvé, et il sent une grande différence dans ses souffrances aussitôt qu'on cesse de tenir bridées les parties. Nous avons, dans un des derniers numéros, parlé de deux cas pareils que nous avions observés dans le service de M. Blandin, sur deux jeunes filles, dont l'une est sortie guérie, l'autre a quitté l'hôpital avant la guérison. Chez elles aussi l'extension continue, comme moyen de coaptation, a produit d'excellens effets, à tel point qu'elles demandaient instamment le serrement des lacqs lorsqu'elles sentaient leurs douleurs s'exaspérer.

— M. Blandin n'accorde pas à ce moyen accessoire plus d'importance qu'il ne mérite, mais ses effets ont paru si utiles que nous ne craignons pas de le recommander à l'attention des praticiens. On comprend qu'une pareille coaptation doit rendre meilleures les conditions de la résolution de la maladie. Les malades en effet peuvent aussitôt dormir sans être réveillés en sursaut par les mouvemens douloureux du membre, etc.

Cal difforme a la jambe. Résection. — Nous avons déjà rendu compte d'une résection d'une étendue considérable du corps du tibia que M. Blandin avait été obligé de pratiquer à un homme encore jeune dont le membre était devenu inserviable par suite d'une fracture mal réunie. Ce malade va parfaitement aujourd'hui, malgré l'étendue énorme de sa plaie; la cicatrice marche à grand pas, le vide est comblé et l'on peut dire que le patient est en pleine voie de guérison quant à la plaie. Reste cependant à savoir comment la nature se comportera chez lui pour rétablir les fonctions du membre. Le bout supérieur du fragment inférieur continue à être saillant sous la peau, ainsi que nous l'avions déjà fait remarquer, mais M. Blandin se propose d'employer un appareil orthopédique aussitôt que la cicatrisation sera complète et que le malade pourra tolérer les manœuvres de ce genre. Déjà on a la précaution de tenir le talon soulevé à l'aide d'un petit oreiller, afin d'obliger le bout du fragment correspondant de s'incliner en arrière, mais cette inclinaison n'est encore que légère, le péronée qui est resté intact s'y opposant peut-être. Nous suivrons avec intérêt les résultats ultérieurs de ce beau fait de chirurgie. Nous le disons beau au point de vue de l'opération et des suites immédiates; comme remède, on ne pourra le juger que consécutivement. Le malade se porte bien en attendant.

Amaurose par un coup de verge. — Un jeune homme a reçu un coup de baguette à l'œil gauche par la verge d'un individu qui battait un tapis avec lui. A l'instant ses paupières se sont gonflées et colorées en bleu par une ecchymose. Le malade croyait voir la lumière pendant les premiers jours lorsqu'on lui ouvrait les paupières. Aujourd'hui les paupières sont encore gonflées, mais le malade est presque complétement aveugle de ce côté. Un examen attentif ne fait rien autre découvrir dans l'œil qu'une dila-

tation énorme de la pupille, à tel point qu'on croirait d'abord que l'iris aurait presque disparu. La cornée et la chambre antérieure sont parfaitement saines et limpides; la sclérotique n'a paru offrir aucune lésion appréciable, aucune procidence des tissus intérieurs de l'organe. Pas de photophobie à l'approche d'une chandelle allumée. Pas d'injection zonulaire péricornéale qui indiquât une phlogose profonde. Nous n'oserions cependant affirmer encore que la perte de la vue chez ce malade soit sans retour, par la raison que la seule dilatation extrême de la pupille suffit déjà pour anéantir temporairement la fonction; mais on ne peut se dissimuler que le cas est grave relativement à l'organe.

— Les amauroses, par des causes analogues à celle-ci, sont beaucoup plus fréquentes qu'on ne croit. M. Blandin en a cité un exemple récent; nous en avons rencontré plusieurs, et un dernier il n'y a pas longtemps, et il est peu de praticiens qui ne pourraient en citer. Le plus souvent cependant la coque oculaire est crevée par le coup, et les membranes pariétales de l'organe s'y prolongent et font procidence. S'il s'agit d'un prolapsus de la choroïde, on comprend aisément l'amaurose par le pincement probable de la rétine qui la suit; mais quand aucune lésion de continuité n'existe à l'extérieur, comme chez le malade de M. Blandin, on a de la peine à s'expliquer la cécité permanente, les véritables conditions matérielles de l'organe nous étant inconnues. On peut se demander s'il y a eu là simple commotion de l'œil avec ou sans déchirure de la rétine, ou bien écrasement par la compression dans le sens antéro-postérieur, ou bien encore simple lésion des nerfs périorbitaires, etc. Il serait difficile, sinon impossible, de répondre péremptoirement à ces questions dans le cas actuel. On pourrait cependant s'assurer si la cécité tient à l'effacement du diaphragme irien par la dilatation extrême de la pupille, ou bien à une paralysie réelle de la rétine, en essayant de faire regarder à travers un petit trou pratiqué sur un morceau de papier de couleur. Cette épreuve pourrait peut-être servir de base au pronostic. Néanmoins, il y a un traitement à faire, soit que la rétine soit insensibilité, soit qu'elle conserve encore sa sensibilité. Dans le premier cas, pour reproduire peut-être une faculté éteinte, comme par asphyxie; dans le second, pour baisser ou plutôt faire contracter la toile irienne. Quoi faire cependant pour cela? Pour nous, toute l'indication est dynamique; il s'agit d'abord de provoquer une réaction, comme dans la commotion cérébrale et dans l'asphyxie traumatique des muscles, puis de la gouverner. A l'œil, l'art possède des moyens directs; on sait que plusieurs remèdes jouissent de la propriété de faire contracter la pupille, tandis que d'autres la font dilater au contraire, etc. Ces phénomènes se rattachent à des actions dynamiques différentes qu'il serait trop long et déplacé d'expliquer ici.

Cancer au sein. Opération remarquable. — Une femme, âgée de quarante-cinq à cinquante ans, portait une tumeur squirro-cancéreuse au sein gauche, précisément au-dessus de la glande mammaire, du volume d'un œuf de poule, de figure aplatie, adhérente à la peau. La glande mammaire, placée plus bas et à quelque distance de la tumeur, paraissait un peu hypertrophiée. La peau de la tumeur n'était pas ulcérée et le mal semblait circonscrit; mais les ganglions correspondans de l'aisselle étaient engorgés; l'un d'eux offrait le volume d'une petite noix. La santé générale de la malade paraissait assez bonne. L'opération était, comme on le voit, délicate et grave, attendu que la femme était restée trop longtemps pour réclamer les secours de la chirurgie. Il est clair qu'à une époque antérieure, le mal était à l'état simple, les ganglions axillaires n'était pas encore pris, la glande mammaire elle-même participait peut-être moins à l'affection, et l'ablation eût pu être effectuée plus facilement et avec moins de danger pour la malade. M. Blandin a donc dû non-seulement extirper toute la mamelle, mais encore prolonger l'incision jusque dans le creux axillaire et enlever tous les ganglions et le tissu cellulaire malade; de là une énorme plaie et des difficultés de plus d'un genre. Il est de précepte dans ces occurrences de commencer l'opération par la tumeur du sein, et de n'arriver aux ganglions axillaires qu'en dernier lieu, par la raison que la plaie du sein est mobile, glissante, et permet d'arriver à l'aisselle avec une plus petite incision que si l'on commençait primitivement par cette région. C'est ce qu'a fait M. Blandin. Les deux premières incisions ont circonscrit le sein et la tumeur avec une portion de peau; cette plaie a ensuite été divisée en croix afin de pouvoir disséquer le tout librement et exactement; plusieurs tranches, en effet, de tissu cellulo-graisseux ont dû être reséquées. On s'est trouvé ainsi sur le muscle grand pectoral; des artères assez puissantes ont dû être liées. Cette première plaie offrait déjà une quinzaine de centimètres carrés en surface. Prolongeant ensuite l'incision vers l'aisselle, M. Blandin a ébarbé délicatement et avec une grande précaution un énorme chapelet de ganglions malades; leur nombre était plus considérable que l'examen extérieur ne l'avait fait croire; c'est toujours ainsi. Le bistouri et les ciseaux ont servi à cet office; à chaque coup d'instrument, l'opérateur s'assurait avec son doigt des tissus qu'il allait diviser. Plusieurs artères ont dû être liées. Des aides habiles ont parfaitement secondé la main du chirurgien. Néanmoins, l'opération a été inévitablement longue et pénible, bien qu'exécutée avec tout le talent et l'adresse qu'on connaît à l'habile anatomiste. Restait le pansement de cette énorme plaie cruciale. M. Blandin, après l'avoir abstergée à l'ordinaire, a réuni les lambeaux à l'aide d'une suture entrecoupée avec une précision et une promptitude vraiment remarquables. Pour cela, il s'est servi d'un long stylet-aiguille en fer de lance au bout. Ce bout est parfaitement effilé et tranchant aux bords. Un ruban de fil ciré, très-long, est enfilé dans le chas; puis, en un instant, on passe des points parallèles bornés dans le tissu de la peau seulement et pas dans le tissu graisseux, afin que les bords ne baillent pas à l'extérieur après le serrement des points. Après chaque point, qui comprend les deux trous, on coupe une portion de ruban qu'on laisse en place sans le nouer, et l'on passe à un autre point, ainsi de suite jusqu'à la fin. On procède ensuite au serrement des nœuds. Un aide rapproche les bords, le chirurgien régularise leur contact et noue les deux fils de chaque point avec cette célérité que donne l'assurance de bien faire. Un aide soutient avec une pince le premier nœud de chaque point en attendant que l'opérateur fasse le second. Chez la malade en question, on a fait de seize à vingt points. La plaie s'est trouvée parfaitement réunie. Deux ou trois seules bandelettes de diachylon ont été placées circulairement pour soutenir la

base des lambeaux ; de la charpie sèche, des compresses et un bandage de corps soutenu par deux scapulaires, tels sont les moyens des pansemens employés par M. Blandin.

— Les praticiens apprécieront comme elle le mérite cette belle opération. D'abord comme exécution, il y a là des enseignemens précieux à recueillir, à cause de la complication de l'état de l'aisselle. Nous avons dans le dernier n° rapporté un cas pareil de M. Lisfranc. Le rapprochement de ces deux faits offre un grand intérêt pratique, car le mode opératoire dans l'aisselle a été différent. L'un a enlevé les ganglions par énucléation, par torsion et par arrachement ; l'autre par dissection. Un autre point digne d'être noté, c'est la suture pratiquée par M. Blandin. Le stylet aiguille dont il se sert est vraiment un instrument très-commode dans le pansement des grandes plaies, et le passage successif d'un fil qu'on coupe à chaque point rend la chose extrêmement facile et prompte. Les chefs de chaque nœud sont coupés le plus près possible de la plaie, et les nœuds ne sont serrés que juste au point nécessaire pour un rapprochement sans violence. Nous avons remarqué que ces sortes de points n'étaient pas bien douloureux pendant l'exécution, le stylet-aiguille étant bien effilé.

Bec de lièvre héréditaire. *Cas remarquable.* — Un enfant âgé de six à sept ans porte un bec de lièvre double congénital à la lèvre supérieure. La voûte palatine est un peu fendue en avant. La lèvre inférieure présente sur le milieu de son bord libre deux petites fossettes comme si elles eussent été formées par l'action compressive des deux dents incisives moyennes. Une pince portée dans ces fossettes pénètre cependant à une profondeur de plus d'un centimètre, et vient faire saillir la muqueuse de la face interne de la même lèvre, ce qui prouve qu'il s'agit là de deux cavités organisées, espèces de culs-de-sacs muqueux dans lesquels on pourrait introduire un gros pois ou deux. Cette condition de la lèvre inférieure est indépendante de l'action des dents, puisque celles-ci sont loin de porter sur le bord de la lèvre; elle est elle-même congénitale comme celle du bec de lièvre et de la voûte palatine. La mère de cet enfant, qui l'assiste à l'hôpital, présente exactement les mêmes conditions, savoir bec de lièvre double en haut, double fossette dans l'épaisseur de la lèvre inférieure et séparation partielle de la voûte palatine ; elle a été opérée du bec de lièvre par Deguise père. Cette femme a déclaré avoir fait cinq enfans portant tous exactement les mêmes difformités que le petit qui est en ce moment à l'Hôtel-Dieu ; elle a ajouté que son père et son grand-père à elle avait eu les mêmes lésions qu'elle-même et ses enfans. De ses cinq enfans, il n'en vit qu'un seul. M. Blandin a commencé par enlever l'os médio-maxillaire saillant, et il se propose de compléter son opération par l'avivement et le rapprochement des parties molles de la lèvres.

— Au point de vue étiologique, cette observation peut être citée comme type des affections héréditaires. Il y a là effectivement une suite non-interrompue de quatre générations, offrant exactement les mêmes conditions. Sous le rapport pathologique, le cas intéresse surtout à cause de ces lacunes dans l'épaisseur de la lèvre supérieure, et qu'aucun auteur n'avait signalées que nous sachions.

Faits divers. — 1° *Anckylose des mâchoires. — Dilatation forcée.* — Par suite d'une affection gangreneuse des gencives et des joues, une jeune fille, âgée d'une vingtaine d'années, avait, dès l'enfance, les deux mâchoires serrées, bridées, ankylosées, à tel point qu'elles s'écartaient à peine de quelques millimètres pour permettre le passage des alimens liquides; la parole était fort confuse ; l'ouverture buccale elle-même était rétrécie. M. Blandin a fait usage d'un appareil dilatateur efficace dont les branches sont écartées à l'aide d'un mécanisme très-simple. On est déjà parvenu à séparer les joues des arcades gencivales auxquelles elles adhéraient, et les mâchoires s'écartent entre elles d'une manière notable; mais cet effet sera-t-il durable ? c'est ce que l'avenir nous apprendra peut-être. Malheureusement il n'arrive que trop souvent que l'art est obligé de reconnaître son impuissance dans les cas de cette nature ; nous avons cependant rapporté dans le dernier numéro, p. 33, deux cas de cette espèce où le débridement a parfaitement réussi; on comprend que tout cela dépend du degré d'étendue de la cicatrice et de la mobilité des tissus restans.

2° *Fractures de la clavicule.* — Dans ces fractures l'appareil dextriné est celui qui a donné les meilleurs résultats entre les mains de M. Blandin. Ce praticien emploie le bandage de Desault, moins le coin axillaire ; puis il fixe tous les tours à l'aide d'un large ruban de fil, et place le malade convenablement jusqu'à ce que le tout soit séché. Il en résulte une véritable cuirasse inamovible. Les bandes ne se relâchant pas, la réduction reste parfaite. Le même avantage est obtenu contre la fracture de l'olecrane.

3° *Abcès froids et abcès par congestion.*— Dans l'ouverture de ces abcès M. Blandin se loue de la ponction sous-cutanée ; la réaction est généralement peu prononcée, du moins pendant les premiers temps, car souvent il arrive que d'autres ouvertures se font spontanément. Cela ne veut pas dire, aux yeux de M. Blandin, comme des autres chirurgiens instruits, que la ponction sous-cutanée, déjà conseillée et employée par M. Boyer, guérisse les abcès par congestion, ainsi que quelques charlatans avaient voulu le faire croire dans ces derniers temps, car la maladie n'est pas dans l'abcès, comme on sait. Pour pratiquer cette ponction nous avons vu M. Blandin, aujourd'hui, faire usage d'un appareil spécial qui s'est trouvé par hasard sous sa main dans l'amphithéâtre ; il consiste dans un trois-quarts aplati comme le kystitome de Lafaye, et d'une seringue armée d'un train de canules, de vis et de robinets qui s'adaptent à la gaîne du trois-quarts. Un aide pince et relève la peau à la partie déclive de l'abcès ; la ponction est faite à la base du pli et la peau est relâchée ; puis on adapte les outils de la seringue et l'on pompe le pus de l'abcès. Le liquide passe dans la seringue, et avant d'être chassé de celle-ci on ferme, à l'aide d'un robinet, toute communication avec la canule du foyer. On recommence ensuite le pompement, et l'on peut être à peu près

certain que le foyer est vidé sans que l'air y pénètre pour le moment; mais cela veut-il dire qu'en suppurant cette piqure ne laisse pas l'air s'insinuer? non, assurément. D'ailleurs, M. Blandin obtient les mêmes résultats en ponctionnant la tumeur avec les seules précautions enseignées par Boyer.

La vue de cet appareil nous a rappelé une anecdote qui s'est passée dans l'assemblée de 1842, du congrès scientifique de Strasbourg. Un exprès était allé, de Paris, pour démontrer à la savante assemblée les cures merveilleuses qu'on opérait à la Muette, près Paris; la seringue *pompeuse*, dominatrice des abcès par congestion, a été exhibée avec emphase. Un des chirurgiens allemands, qui assistaient à la séance, a dit froidement au panégyriste de la Muette : « Monsieur, puisque vous mettez tant d'importance à empêcher l'entrée de l'air, pourquoi opérez-vous l'ouverture de l'abcès sous l'eau d'un bain, et votre appareil deviendra inutile! »

Hôpital de la Pitié (M. Lisfranc).

Tumeur érectile a la joue. *Guérison sans opération.*— Une jeune femme portait, dès l'enfance, une tumeur érectile à la joue du côté droit, s'étendant depuis le dessous de l'angle buccal jusqu'au bord orbitaire inférieur. Cette tumeur était plate, passablement saillante et progressive en volume. Sa nature paraissait artério-veineuse; la compression en réduisait un peu le volume. La difformité qu'elle produisait était choquante. L'ablation, avec le bistouri, eût été difficile et grave. M. Lisfranc a donc voulu essayer la compression avant tout; il a fait construire deux plaques métalliques, garnies en peau, fixées par un cercle également métallique, comme un bandage herniaire; il les a placées, l'une à la face interne de la joue, en dehors des geneives, l'autre à la face externe, et il a comprimé, à volonté, les deux plaques à l'aide d'une petite vis de pression. La malade s'est trouvée beaucoup incomodée d'abord de la présence du corps étranger dans la bouche, mais elle s'y est bientôt habituée et l'a tolérée parfaitement. La tumeur s'est affaissée par degrés; sa circonférence a promptement disparu tout à fait, mais sa partie principale, que la pl que comprimait immédiatement, était prête à reparaître aussitôt que la compression était ôtée. Aujourd'hui, un mois ou six semaines du traitement, la masse morbide est réduite à peu de chose; on n'en retrouve que le centre, de la largeur d'une pièce de cinq francs, mollasse comme du tissu cellulaire très-flasque, de couleur basanée, et qui paraît disposé à se regonfler si l'on cesse la compression; le reste de la peau à repris son état normal, mais on ne sent de nodosités, de duretés nulle part. Il est vraisemblable qu'en continuant la compression on finira par obtenir une guérison complète.

— Rien de neuf assurément dans une guérison de tumeur érectile à l'aide de la compression, mais combien compte-t-on de cas de ce genre? On en connait quelques-uns pour les régions qui offrent un point d'appui solide, comme le front, l'avant-bras, la lèvre supérieure; mais à la joue, région molle et flottante, nous n'en connaissons pas d'exemple guéri de la sorte. Le fait est donc intéressant, et d'autant plus qu'on n'aurait pas cru *à priori* que la malade eût pu supporter longtemps la plaque dans la bouche. M. Lisfranc a fait remarquer, avec raison, que quand bien même on devrait désormais en venir à l'ablation sanglante chez cette malade, le mal est tellement réduit, aujourd'hui, qu'on pourrait l'enlever sans danger d'hémorrhagie ni de cicatrice très difforme. Nous attachons un très-grand prix à cette cure, vu que nous avons été témoin d'une mort arrivée entre les mains d'un habile chirurgien, qui a opéré une de ces tumeurs à la joue d'un enfant, et qui a expiré d'hémorrhagie pendant, ou quelques instans après la dissection.

Polype utérin très-volumineux. *Putréfaction; mort; autopsie.* — Une femme, d'une cinquantaine d'années, est entrée à la Clinique pour être traitée d'un polype à la matrice. L'utérus était très-développé; le toucher, par le vagin, faisait sentir un polype fort volumineux descendu en partie dans le vagin; le doigt ne pouvait en toucher l'implantation, mais le toucher par le rectum faisait reconnaître que la matrice proéminait beaucoup dans tous les sens. Cette double circonstance, de la descente partielle de la tumeur malgré que le col fût complétement dilaté, et de la proéminence de la matrice en arrière, a porté M. Lisfranc à diagnostiquer un polype adhérent largement à la face interne de l'utérus. La tumeur était d'ailleurs ramollie, putréfiée, le doigt entrait aisément dans sa substance et dans une sorte de creux qui en imposait jusqu'à un certain point, simulant le col de la matrice. La malade était d'ailleurs affectée de catarrhe bronchique grave; cette complication a fait différer toute tentative sur le polype; en attendant, la malade est morte. M. Lisfranc a présenté la pièce pathologique aux élèves. On voit une matrice du volume d'une tête d'enfant de trois à quatre ans, à parois blanches, dures et épaisses de deux à trois centimètres, contenant un polype du volume des deux poings d'un homme adulte. Ce corps descendait en partie dans le vagin; sa moitié supérieure adhère fortement, au fond et à une partie latérale de la matrice, dans une étendue de neuf à douze centimètres; sa partie inférieure est noirâtre, bronzée, mélanique et évidemment putréfiée. Le col de la matrice est entièrement effacé, de manière qu'on a de la peine à sentir le bourrelet qui existe naturellement à l'endroit du museau de tanche, l'utérus et le vagin étant convertis en un seul canal continu à surface lisse et égale partout. L'intérieur du polype était manifestement fibreux sur les points qui n'étaient pas encore convertis en putrilage. La substance elle-même de l'utérus semblait compacte, dure, blanche, comme fibreuse.

— Plusieurs considérations importantes se rattachent à cette belle observation. Ce qui frappe d'abord, c'est le volume énorme du polype et son adhérence dans une grande étendue de la face interne de l'utérus. Cette adhérence, parfaitement diagnostiquée d'avance par M. Lisfranc, n'est pas consécutive à la descente de la tumeur, elle semble tenir à un épaississement extraordinaire de la couche interne ou de la membrane de la matrice, elle est très-résistante et aurait sans doute constitué un pédicule ordinaire si elle eût été moins dure et moins étendue. Cette résistance était telle qu'elle aurait permis de renverser la matrice pour peu qu'on eût tiré dessus; la tumeur aurait elle-même renversé l'utérus, par sa seule gravité, si le tissu de celui-ci eût été ramolli. M. Lisfranc a rencontré plu-

sieurs exemples de ce cas; constamment il a reconnu l'adhérence, à la descente incomplète de la tumeur, à sa résistance et au bombement de l'utérus vers le rectum; il en a opéré plusieurs, avec succès, malgré les circonstances défavorables de leur présentation. Il commence par attirer, autant que possible, la tumeur, et par placer une ligature. Cette ligature cependant ne peut pas toujours porter sur sa base; il la place donc, aussi haut qu'il peut, sur la substance du polype, et il excite de suite la portion inférieure pour se faire de l'espace. Quelques jours après, il se règle, selon l'état des choses, pour achever son opération. Quelquefois, la masse tombe en entier malgré que le fil n'ait pas été placé sur le pédicule. Dans d'autres cas, M. Lisfranc se sert du fil comme d'une érigne, et il divise les adhérences à coups de ciseaux courbes. Cette pratique lui a réussi chez plusieurs femmes. Un autre point, digne de méditation, est cet état de putréfaction mélanique du polype, circonstance grave, qui suffit à elle seule pour causer des symptômes de résorption toxique. Disons, enfin, que la double condition de la disparition du col utérin et de l'excavation de la partie inférieure de la masse morbide, était de nature à dérouter le diagnostique, si, par sa grande expérience, le clinicien de l'hôpital de la Pitié n'avait déjà éclairci les points les plus obscurs de la pathologie de l'organe gestateur. Il est donc évident que, dans les cas de cette nature, l'enlèvement de la tumeur exige d'autres secours que les procédés ordinaires enseignés dans les ouvrages.

TUMEUR PÉRIOSTALE AU SEIN. *Iodure de potassium.* — Un homme, âgé d'une quarantaine d'années, de bonne constitution, ayant eu autrefois la vérole, portait au dessous et au côté interne du sein gauche une tumeur du volume d'une grosse orange ayant les apparences d'une mamelle de femme. Cette tumeur était adhérente à la base, dure dans cette partie, mollasse au sommet, sans changement de couleur à la peau, accompagnée de quelques douleurs sourdes. La santé générale était assez bonne. Le malade ne croyait pas avoir reçu de coup dans la région de la tumeur. Celle-ci semblait vouloir marcher vers la suppuration. M. Lisfranc a diagnostiqué une périostose et prescrit l'usage interne de l'iodure de potassium. En quelques semaines, on est arrivé à la dose de plusieurs grammes par jour, et la tumeur a diminué à vue d'œil des deux tiers au moins. Aujourd'hui, le mal est circonscrit, offre le volume d'un œuf de poule, toujours adhérent à la base et mollasse au sommet, indolore au toucher. On continue le même remède, qui est parfaitement toléré.

— Il est assez rare de rencontrer des tumeurs de cette nature aux côtés, surtout d'un volume aussi considérable. Une périostose n'est au fond qu'une périostite accompagnée de sécrétion de matière plus ou moins coagulable. Le mal marche assez souvent vers la suppuration, et se termine avec ou sans nécrose, ou bien il s'indure et forme une exostose lorsqu'il ne se termine pas par résolution. On observe ordinairement cette maladie chez les sujets vérolés, et elle constitue l'un des symptômes propres à la période tertiaire de la syphilis. On se tromperait cependant si l'on voulait regarder la périostose comme un symptôme exclusif de vérole. Il est probable, au surplus, que c'est là l'origine des tumeurs ostéiques du sein. Quelle qu'en soit néanmoins la cause, la maladie est traitable par les mêmes principes, l'iodure de potassium étant pareillement indiqué, que la périostose soit syphilitique ou d'une autre nature.

FAITS DIVERS. 1° *Ozène et carie nasale avec céphalalgie intense. Iodure de potassium.* — Dans un cas de céphalalgie chronique atroce, accompagnée d'insomnie, chez un individu âgé d'une cinquantaine d'années, affecté en même temps d'ozène, de carie partielle des os du nez, lesquelles donnaient souvent lieu à des hémorrhagies nasales. M. Lisfranc a prescrit l'iodure de potassium à dose progressive, depuis 30 centig. (6 grains) jusqu'à plusieurs grammes par jour, l'amélioration a été frappante en peu de temps. Au bout de huit jours, plus de céphalalgie, le sommeil était revenu, les hémorrhagies avaient presque complétement cessé, plusieurs petits fragmens nécrosés ont été expulsés par le nez. Ce malade est en voie de guérison.

2° *Fissure à l'anus. Ratanhia.*—Nous avons déjà parlé de la méthode que suit M. Lisfranc dans le traitement de la fissure à l'anus; il fait injecter dans le rectum et garder un quart de lavement d'une forte infusion de ratanhia. Un malade est traité de la sorte en ce moment à sa clinique; il touche de temps en temps la fissure avec la pierre infernale. M. Lisfranc compte des guérisons par ces seuls moyens.

3° *Anchyloblepharon.* Un homme d'âge avancé avait depuis longtemps les paupières du côté droit fermées par suite d'ulcérations; l'œil était libre au dessous; la réunion n'existait précisément que dans les trois quarts internes de la fente palpébrale; la vision était impossible. M. Lisfranc a divisé les paupières en emportant une portion triangulaire de leur bord libre vers l'angle caronculaire. Le patient peut très-bien voir de cet œil; reste seulement à savoir si la réunion ne se reproduira pas, car la paupière supérieure paraît avoir perdu de sa force ascensionelle par suite de la longue inaction du muscle releveur. Il est clair que rien n'empêche dans les cas de ce genre de renverser sur le bord saignant de la paupière un lambeau de conjonctive qui met à l'abri d'une récidive, ainsi que vient de le faire M. Gerdy dans un cas que nous avons rapporté.

4° *Fistule au gros orteil retracté.* — Un jeune homme offrait une ouverture fistuleuse au gros orteil communiquant dans l'articulation de la dernière phalange. Le stylet entrait dans cette articulation et faisait sortir de la synovie filante, sans pourtant y faire découvrir de dénudation. La présence de la synovie filante donnait d'ailleurs la presque certitude que les surfaces n'étaient pas érosées. Cette phalange était d'ailleurs infléchie par la rétraction du muscle fléchisseur correspondant, mais elle se laissait relever. M. Lisfranc a cru devoir l'amputer, cette mesure lui ayant paru plus expéditive que de viser à une guérison par ankylose. La soudure, en effet, n'aurait pu se faire qu'angulairement, à moins de couper préalablement le tendon du fléchisseur ou de maintenir fortement la phalange redressée pendant ce travail, ce qui eût exigé peut-être un traitement trop long. Dans la pratique civile, cependant, ce dernier parti eût été préféré.

P. S. Dans les deux derniers numéros, nous avons parlé de deux malades opérés par M. Lisfranc, l'une d'un cancer au sein avec une quantité considérable de ganglions hy-

pertrophiés ou devenus cancéreux dans l'aisselle; cette malade est sortie guérie; l'autre d'un anus contre nature à l'ombilic; cette femme est presque complétement guérie; il ne reste plus de l'ancienne ouverture qu'un très-petit pertuis donnant passage seulement à quelques gaz stercoraux. Un autre malade, dont nous avons aussi parlé, atteint de fracture compliquée de plaie à la jambe, est en pleine voie de guérison. Tout le pansement à consisté à tenir le membre couché sur son côté externe et à panser la plaie comme une lésion ordinaire des parties molles. Il est probable que ce malade guérira avec raccourcissement du membre, ce qui vaut sans doute mieux qu'une jambe de bois.

Hôpital St-Louis. (M. Jobert.)

Fistule pénienne. Uretroplastie. Guérison. — Un homme dont nous avons déjà parlé il y a plusieurs mois (V. t. I, p. 376) portait une fistule à la partie inférieure de la verge, entre le gland et le scrotum, à peu de distance de celui-ci. Un tissu calleux entourait les environs de l'ouverture, comme d'ordinaire; les urines sortaient en grande partie par là. On avait essayé en vain l'usage des sondes, des cautérisations et de la compression. M. Jobert a voulu tenter l'autoplastie. Dans une première opération qu'il a faite il y a plusieurs mois, et dont nous avons rendu compte, il avait coupé un lambeau à côté du pénis, vers le pli de l'aine gauche, et bouché ainsi l'ouverture, mais ce lambeau s'est gangréné à son sommet, puis il s'est retracté petit à petit et la fistule était revenue presqu'à l'état primitif. Dans les commencemens cependant, son état avait paru s'améliorer, mais nous avions eu soin de faire remarquer qu'il fallait voir plus tard quelles dispositions les parties auraient prises. M. Jobert s'est donc décidé à faire une seconde autoplastie. Cette fois il a emprunté son lambeau au scrotum lui-même; il a fait immédiatement au-dessous de la fistule une incision semi-lunaire, la convexité en haut, sur le milieu de la partie supérieure des bourses, disséqué le lambeau de haut en bas, et en le relevant un peu, il l'a porté par glissement sur la brèche raffraîchie de l'urêtre où il l'a fixé avec des épingles. Des bandelettes agglutinatives, des compresses, une sonde en permanence dans le canal, tels sont les moyens de pansement employés; les bourses ont été bien entendu relevées, et le tout maintenu convenablement. Le lambeau, qui offrait une bonne épaisseur partout et une large base, s'est heureusement recollé contre la surface saignante, excepté sur un seul petit point latéral, où l'on remarque un très-petit pertuis comme une pointe d'épingle et qui laisse à peine passer un peu d'humidité. L'adhérence est solide partout et le lambeau presente toutes les apparences d'une véritable pièce épaisse, bien nourrie et parfaitement domiciliée. Ce résultat date déjà de plusieurs semaines, et aujourd'hui, avant de rédiger cette observation, nous sommes retourné exprès à l'hôpital pour nous assurer de l'état de ce malade, la guerison est complète est solide, sauf le petit pertuis latéral dont nous venons de parler, et qu'on oblitérera sûrement à l'aide de la cautérisation; d'ailleurs il ne donne passage qu'à quelques faibles humidités.

—Nous sommes heureux de pouvoir appeler l'attention sur cette belle et heureuse opération. La guérison des fistules péniennes a été, comme on sait, un problème à résoudre jusqu'à ces derniers temps. La suture a constamment échoué par l'effet de l'érection du pénis qu'elle occasionnait; nous l'avons vue pratiquer à Boyer sans succès, et nous avons, il y a plusieurs années, assisté M. Breschet deux fois dans la même opération sans plus de résultat; la plaie semblait aller bien les premiers jours, puis ses bords se séparaient et revenaient à l'état primitif, et la fistule se trouvait en définitive plutôt élargie par les manœuvres de l'opération. A. Cooper avait, dit-on, réussi une fois par l'autoplastie, mais la même opération avait échoué entre les mains d'autres praticiens; de sorte que le fait du chirurgien anglais avait été regardé comme exceptionnel, et le mal avait été généralement considéré comme au-dessus des ressources actuelles. Là en était la science, lorsque M. Diffenbach d'abord, puis M. Ségalas, ensuite M. Ricord, ont envisagé la question à un autre point de vue. Rattachant la possibilité de la guérison au grand principe du détournement des urines, principe applicable à toute fistule urinaire chez l'homme, ces messieurs ont commencé par pratiquer la boutonnière périnéale, et passer, par là, une sonde dans la vessie; les urines détournées de la sorte, il a été possible d'obtenir la réunion des bords de la fistule, à l'aide de l'avivement et du rapprochement. M. Ségalas et M. Ricord ont ainsi obtenu chacun une guérison complète. D'après les recherches de M. Jobert, ce mode de traitement avait déjà été recommandé par Ledran et mis en pratique par Viguerie de Toulouse; mais nous ne savons si c'était précisément pour les fistules péniennes. Quoi qu'il en soit, toujours est il que ces fistules ont paru pouvoir être guéries d'après les nouveaux faits à l'aide de la boutonnière. M. Jobert cependant, sans rejeter cette méthode, n'a pas pensé qu'elle était tout à fait innocente; la boutonnière périnéale, en effet, est une opération sérieuse chez beaucoup d'individus; elle n'est pas aussi grave que la taille, sans doute, mais, chez les sujets doués de beaucoup d'embonpoint, dont le périnée est épais, la plaie peut donner naissance à des accidens divers, à des infiltrations, à des phlébites; la douleur, elle-même, doit être mise en ligne de compte chez les sujets nerveux, irritables; mais un reproche non moins grave que M. Jobert adresse à cette méthode, c'est que la boutonnière, convertie en fistule artificielle, peut devenir elle-même très-difficile, très-longue à fermer; il allègue, pour exemple, le cas de Viguerie et celui d'un malade qui est, depuis fort long-temps, dans son hôpital pour des fistules périnéales qu'il a converties en boutonnière pour passer une sonde par cette voie, dans la vessie, en attendant que les autres fistules se cicatrisassent; celles-ci se sont en effet cicatrisées, mais le trou de la boutonnière de détournement existe encore, et l'on a une peine infinie à l'oblitérer. Cette critique nous a paru judicieuse, fondée, digne de méditation; elle ramène naturellement l'attention à l'autoplastie que M. Jobert vient de reproduire, avec succès; l'idée d'emprunter le lambeau à la peau du scrotum est heureuse. L'opération est facile, les chirurgiens imiteront aisément, et avec beaucoup moins de danger que la boutonnière, la méthode dont il s'agit. Au surplus, rien n'empêche de garder la boutonnière comme une ressource de réserve.

ANÉVRISME POPLITÉ. LIGATURE DE LA FÉMORALE. — Un homme jeune, robuste, de bonne constitution, portait dans la région poplitée gauche une tumeur pulsatile du volume d'une demi-orange. Les pulsations étaient isochrones avec celles du pouls ; la compression de l'artère fémorale les faisait disparaître complétement, et elles reparaissaient aussitôt que l'artère était abandonnée. Pendant la première épreuve la tumeur n'était réductible qu'en partie; on sentait à la circonférance une masse dure et circonscrite; au reste, ses pulsations offraient une grande force et se communiquaient dans toute l'étendue du jarret. Au dire du malade, la tumeur s'était déclarée depuis plusieurs mois à la suite d'une chute dans laquelle le membre aurait été fortement étendu ; il y accuse des douleurs et une grande gêne dans la démarche, mais la jambe n'offre pas de flexion forcée. La santé générale est bonne, le cœur et les grosses artères intérieures paraissent fonctionner normalement ; cependant le patient a le teint un peu pâle. M. Jobert lui a lié l'artère fémorale superficielle vers le milieu de la cuisse avec une grande précision et une promptitude remarquable. Une simple incision de 15 centimètres environ (3 pouces) a mis à nu le bord interne du muscle couturier; au premier abord, l'opérateur fait glisser un peu la plaie en dehors par le tiraillement de la peau et tombe sur le bord externe de ce muscle, mais il s'est de suite aperçu du déplacement, et est revenu en dedans, où l'artère a été découverte en un clin d'œil. La gaine coupée, le vaisseau a été soulevé avec une sonde cannelée; les épreuves d'usage ayant donné l'assurance que c'était bien l'artère qu'on avait, on l'a liée avec un simple fil ciré, à plusieurs brins, et sans corps intermédiaire; on a serré le premier nœud jusqu'au point où les battemens dans la tumeur ont complétement disparu. Les bords de la plaie ont été rapprochés et réunis dans les trois quarts supérieurs à l'aide de deux épingles entourées de fils comme dans le bec-de-lièvre. Aujourd'hui, dixième jour de l'opération, le malade va parfaitement; le membre offre partout une chaleur normale, la tumeur est dure et réduite des deux tiers environ ; ses pulsations n'ont pas reparu. La plaie ne s'est pas réunie par première intention, mais elle est en bonne voie de guérison ; les points de suture se sont déchirés par suite d'un petit érysipèle qui s'était déclaré autour de la plaie, mais les choses ont marché vers le mieux, et tout fait espérer que la guérison sera prompte, heureuse et complète. On accorde déjà quelques alimens au malade.

—Guérir un anévrisme poplité à l'aide de la ligature de la fémorale, ce n'est plus de nos jours un événement, les faits de cette nature n'étant que très-ordinaires. Cependant on ne peut se dissimuler qu'il y a dans chaque nouveau cas de ce genre de nouveaux enseignemens plus ou moins importans à recueillir. L'anévrisme spontané des membres n'est pas une maladie très-fréquente dans les hopitaux du Paris, comparativement aux hopitaux du midi de l'Italie ; là cette maladie est aussi commune que le cancer en France. En conséquence, à part l'importance que l'affection présente par elle-même, elle offre toujours un grand intérêt au double point de vue pathologique et thérapeutique, à cause de sa présentation peu fréquente et du rang élevé qu'elle occupe en médecine opératoire. On ne peut effectivement s'empêcher de reconnaître dans les résultats de cette opération une puissance vraiment admirable dans les principes que l'art a su se créer pour le traitement de cette grave affection. Le fait dont nous venons de rendre compte peut être rangé au nombre des cas les plus simples, comme anévrisme spontané et comme opération, et par conséquent servir de type dans l'étude de ces maladies.

RÉTRACTION DU DOIGT ANNULAIRE. DÉBRIDEMENT. GUÉRISON. — Un homme âgé de 40 ans, orfèvre, est entré à l'hôpital pour obtenir le redressement du doigt annulaire de sa main droite, lequel était tellement rétracté vers la paume qu'il l'empêchait de travailler. Le doigt auriculaire était aussi un peu fléchi, mais le premier touchait presque la paume de la main ; néanmoins on pouvait l'en écarter un peu à l'aide de l'extension forcée. Le patient a déclaré que cette infirmité s'était déclarée petit à petit, et qu'il avait l'habitude de manier souvent le marteau avec cette main. La peau de la partie correspondante de la paume était effectivement dure, comme calleuse, presque pas glissante. Des plis, des froncemens se remarquaient dans la région interne. Il a été facile de reconnaître à cet état que le tissu cellulaire sous-cutané et l'aponévrose palmaire, étaient épaissis, rétractés. M. Jobert a pensé que des brides existaient dans le tissu sous-dermique, en conséquence il a pratiqué une incision transversale sur la face palmaire de la première phalange de l'auriculaire, et une autre sur la première phalange de l'annulaire. Ces incisions ont été approfondies par petits coups répétés jusqu'à ce que on a entendu une sorte de craquement par la division de l'aponévrose palmaire et du tissu induré adjacent ; on a, bien entendu, respecté les tendons. Les doigts ont pu s'étendre un peu après cette opération. On a placé la main sur une palette de bois, on a rempli la paume de charpie molle et l'on a exercé une compression progressive à l'aide d'une bande sur la face dorsale des deux doigts crochus; l'allongement s'est opéré petit à petit; il était complet le dixième jour. A cette époque la plaie est presque cicatrisée, et le malade peut déjà mouvoir ses doigts. Un petit abcès sans importance s'est formé à la face dorsale de la première phalange du doigt médius. Le malade sent sa main complétement débridée et libre de tout embarras qui l'empêchait de fonctionner depuis quelque temps, et tout indique qu'il sortira sous peu parfaitement guéri.

— Il est intéressant de rapprocher cette observation de celle de M. Gerdy dont nous avons parlé précédemment. Ce sont là deux variétés de la même maladie ; en conséquence les réflexions qui accompagnent celle-là s'appliquent également à celle-ci. Il est clair que l'usage habituel du marteau dont cet homme se servait dans l'exercice de son état, avait irrité, phlogosé chroniquement et épaissi le tissu cellulaire sous-cutané et l'aponévrose elle-même ; de là, rétraction des deux doigts correspondans à la plus forte pression de l'instrument. L'opération, dans ces cas, n'agit pas seulement comme moyen mécanique qui met fin de suite à la cause matérielle et immédiate de la rétraction ; elle exerce aussi un effet dynamique sur les tissus chroniquement irrités, par effet de l'écoulement sanguin, de la suppuration qu'elle occasionne, des topiques émoliens, du repos et de la compression qu'on est dans l'usage de prescrire, etc. Ce qu'il importe de saisir dans cette observation, c'est moins le

fait en lui-même, qui est loin d'être neuf, que le principe auquel il se rattache.

HYDROPISIE ASCITE. PONCTION. — Une femme âgée de quarante ans environ était hydropique, par suite d'une gastro-péritonite chronique. Elle avait été parfaitement guérie une fois, il y a plusieurs mois, à l'aide d'un traitement dynamique; nous en avons donné les détails (V. Ann. de Thér., t. I, p. 329). Dernièrement, cette femme a éprouvé une récidive presque instantanée; elle a été saisie de pneumonie, puis de gastro-hépatite et de péritonite à la fois; immédiatement son ventre s'est développé de nouveau, et dans l'espace de trois jours une quantité énorme de liquide s'est épanché dans le ventre. Plusieurs saignées, coup sur coup, et le traitement antiphlogistique ordinaire ont dissipé la phlogose pulmonaire, et apaisé un peu celle des viscères et des parois de l'abdomen. Un nouveau traitement hyposthénisant a été alors commencé à l'aide du nitrate de potasse, du tartre stibié, du sulfate de quinine, de la gomme-gutte, des applications de pommade mercurielle et de cataplasmes nitrés. L'état de la malade s'est beaucoup amélioré, le ventre a diminué de volume et perdu de sa sensibilité, la langue est redevenue humide, et la digestion des alimens possible. C'est dans cet état qu'elle est entrée à l'hôpital Saint-Louis. En attendant cette translation, la malade n'ayant pu suivre exactement les prescriptions, le volume de son ventre a augmenté de nouveau considérablement; la respiration était fort gênée. M. Jobert l'a fait placer à l'endroit le mieux aéré de ses salles. Ce changement d'un logement mal aéré qu'elle occupait, dans un lieu salubre, comme celui des magnifiques salles de l'hôpital Saint-Louis, a déjà produit un certain bien. Quelques jours après, la ponction est devenue nécessaire; M. Jobert l'a pratiquée. Quatre jours plus tard, le liquide était déjà reproduit, mais en moindre quantité qu'auparavant. Aujourd'hui, sixième jour de l'opération, la malade offre une amélioration réelle, le ventre est moins gros; les fonctions s'exécutent mieux, et elle a beaucoup gagné sur tous les autres rapports. Nous donnerons la fin de cette observation.

— Nous avons déjà, dans l'article que nous venons de citer, posé les principes de la médication qui convient à cette maladie, ou plutôt à ce symptôme des affections abdominales qui peuvent la produire. On est étonné d'entendre encore de nos jours des médecins soutenir qu'un tel individu est hydropique parce qu'on l'a trop saigné, comme si l'hydropisie dite passive par les anciens était un fait parfaitement constaté! A coup sûr, les personnes qui admettent des hydropisies essentielles ont de fausses idées sur ces affections. Les nouvelles études d'anatomie pathologique et l'expérience clinique journalière ont conduit la chirurgie à cette conclusion, qu'il ne faut ponctionner les hydropiques qu'à la dernière extrémité, et comme une mesure palliative seulement, par la raison que le mal n'est pas dans la collection aqueuse, mais bien dans la condition pathologique, soit dynamique, soit dynamico-mécanique des organes qui secrètent le liquide, et que la ponction ne saurait enlever; aussi le liquide se reproduit-il toujours; mais, en attendant qu'on soulage momentanément les malades, on vise à agir dynamiquement à l'aide d'un traitement interne. Ces idées, oubliées quelquefois dans la pratique, se trouvent parfaitement exposées dans Celse.

« Si, malgré ces remèdes, les eaux ne se dissipent point, mais sont toujours en aussi grande quantité, on en vient à une voie plus courte, qui est d'évacuer les eaux par la ponction que l'on fait au bas-vente. Je sais que cette méthode n'était pas du goût d'Erasistrate : il croyait que l'hydropisie ascite dépendait toujours d'un vice du foie qu'il fallait guérir; et que c'était inutilement qu'on évacuait les eaux qui ne manquaient pas de revenir, tant que le foie restait malade. Mais, premièrement, cette maladie ne dépend pas toujours uniquement d'un vice du foie, car elle peut dépendre aussi d'un vice de la rate, ou de la mauvaise disposition de tout le corps; d'ailleurs, quand elle reconnaîtrait pour principe le mauvais état du foie, si l'on n'évacue l'eau qui séjourne contre nature dans la cavité du bas-ventre, elle nuira au foie et à toutes les autres parties intérieures; et cela n'empêche pas qu'il ne faille corriger la mauvaise disposition du corps. Car ce n'est pas l'écoulement des eaux qui guérit; il ne fait que disposer à la guérison, qui serait impossible si les eaux n'étaient point évacuées. On ne prétend pas non plus qu'il faille employer cette méthode à l'égard de tous les malades; mais seulement à l'égard des jeunes gens qui sont vigoureux, qui sont absolument sans fièvre, ou dont la fièvre a des intermissions très-marquées. Il est bien sûr qu'on ne pourrait guérir par la ponction les hydropiques qui auraient l'estomac vicié, qui seraient tombés dans l'hydropisie à la suite de l'atrabile ou de la cachexie. » (Celse, liv. 3 ch. 22.)

FAITS DIVERS : 1° *Pansement des ulcères.*—M. Jobert retire d'excellens effets dans le pansement des ulcères chroniques, des membres et des plaies qui tardent à se cicatriser, de la pommade au nitrate d'argent, qu'il étale sur les plumasseaux au lieu de cerat. Nous avons donné les formules des trois degrés de cette pommade. (T. 1, p. 456.) Ce mode de pansement est aussi employé, depuis plusieurs années, par M. Liston.

2° *Uretroplastie chez la femme.* — Une jeune femme avait une incontinence complète des urines, par suite d'escarrhes formées dans le vagin pendant son dernier accouchement. Ces escarrhes avaient détruit complétement le canal de l'urètre, et une partie du col de la vessie, de sorte que le doigt introduit dans le vagin entrait directement dans la cavité de la vessie. La femme offrait en même temps un rectocèle vaginal. M. Jobert a tenté aujourd'hui une opération fort originale. Il a repoussé le rectocèle en arrière à l'aide d'un demi-spéculum en buis. Un doigt introduit dans la vessie et fléchi en crochet a tiré cet organe à la vulve avec une très-grande facilité. Le col ébréché de la vessie s'est trouvé ainsi à découvert; son ouverture offre trois centimètres environ de diamètre, est épaisse, blanche et taillée en biseau, comme si on l'eût coupée avec des ciseaux. La cavité de la vessie est fort petite, et ses parois sont épaissies. L'utérus paraît sain; il a été entraîné à la vulve par le tiraillement exercé sur la vessie. M. Jobert a implanté une pince à érigne sur le col utérin, et fait maintenir ainsi, par ce seul moyen le col vésical au dehors. Il a rafraîchi tout le bord épais de cette surface circulaire de la brèche du col de la vessie, en excisant une couche de tissus à l'aide de ciseaux et d'une pince; ensuite, profitant d'une portion supérieure de la grande lèvre gauche qui se trouvait naturellement coupée par le fait de l'accouchement, et pendante comme une véritable crête de coq,

ou une oreille de petit chat, il l'a rafraîchie en excisant sa membrane muqueuse, et l'a abaissée et appliquée comme un véritable opercule contre la brèche vésicale saignante. Trois points de suture, posés obliquement à l'aide de petites aiguilles très-courbes et de l'instrument porte-aiguille staphyloraphique de M. Roux, ont servi à fixer les parties en contact. A la partie supérieure de cette pièce intro-fléchie, on a ménagé une petite ouverture latérale qui doit servir plus tard d'urètre, si les parties se réunissent; on y a passé une sonde qu'on a fixée en permanence. Nous reviendrons avec plus de détails sur cette ingénieuse opération, si les parties acquièrent des adhérences.

3° *Phlegmon par inoculation, chez un vétérinaire.* — Un vétérinaire ayant été obligé d'accoucher une vache dont le petit était mort depuis plusieurs jours a porté sa main dans l'utérus, et accompli son opération; mais il s'est piqué au doigt indicateur avec une esquille des os de la tête du petit veau. Il en est résulté un phlegmon grave dans toute la main et l'avant-bras. Les médecins appelés ont extrait un petit fragment osseux qui était dans la piqûre, et cautérisé celle-ci; mais le travail suppuratif a marché, et le patient a manqué de succomber. Il est malade depuis dix-huit mois, et aujourd'hui encore son mal offre beaucoup de ténacité. M. Jobert a fendu les trajets purulens et mis leur fond à découvert; il en est résulté des plaies énormes sur les trois derniers doigts, sur le poignet et à la partie inférieure de l'avant-bras. Un bourgeonnement abondant existe; cependant, malgré la bonne constitution du sujet et les soins éclairés du chirurgien, les choses ne marchent vers le mieux que lentement; les cautérisations partielles à l'acide nitrique produisent de bons effets. On lutte avec une grande persévérance pour conserver le membre, et tout fait espérer qu'on réussira. La persistance opiniâtre de cette maladie ramène naturellement la réflexion à la nature putride de la matière qui a pu être inoculée dans la plaie, et dont l'influence n'est peut-être pas encore complétement épuisée.

DOCUMENS CHIRURGICAUX.

Résolution des bubons syphilitiques.—On sait que rien n'est plus tenace, plus difficile à gouverner avec empire que le bubon syphilitique. Souvent il suppure, quoi qu'on fasse, et l'on ne peut jamais répondre sûrement de ses terminaisons. Le docteur Cravera cependant, chirurgien militaire et professeur de clinique en Sardaigne, assure en avoir guéri 22 sur 23 de suite par résolution. Il s'agit de bubons dépendans de chancres primitifs. Voici la méthode qu'il a suivie. « Je commence, dit-il, par faire couvrir la tumeur, quel que soit son degré d'inflammation, par des compresses épaisses trempées toutes les dix minutes dans la liqueur résolutive de Smucker glacée. On continue ces fomentations d'une manière incessante pendant quatre à sept jours. Si, au bout de ce temps, le bubon n'a pas disparu, c'est qu'il veut rester stationnaire, indolent, ou suppurer. Cette dernière terminaison, j'ai pu toujours l'éviter, une seule fois exceptée sur vingt-trois. Je fais alors raser sa surface, et je le couvre d'un vésicatoire d'une largeur convenable pour dépasser un peu la circonférence de sa base; le lendemain, j'enlève l'épiderme et je couvre la surface dénudée avec des plumasseaux imbibés d'une solution de deuto-chlorure de mercure, et exprimés ainsi que le veut M. Malapert. Cette solution contient 75 centig. (15 grains) de sublimé par 45 grammes (une once et demie) d'eau. On renouvelle ces plumasseaux toutes les douze heures, et, dans les intervalles, on a l'attention d'égoutter sur le plumasseau un peu de solution. Au bout de 24 à 30 heures de l'usage de ces plumasseaux, l'escarrhe est formée, elle a une épaisseur d'une demi-ligne à une ligne. On applique alors des cataplasmes émolliens jusqu'à sa chute. Dans deux ou trois cas, j'ai omis les instillations sur les plumasseaux, et, au lieu d'une escarrhe, nous avons eu une forte irritation cutanée assez fâcheuse. L'application des plumasseaux, exprimés, après le vésicatoire, est extrêmement douloureuse d'abord; mais cette douleur ne dure que jusqu'à la première mortification par l'action chimique; ensuite les malades demandent eux-mêmes les instillations sur les plumasseaux. Cette médication imprime à la tumeur un mouvement rétrograde avec une promptitude surprenante; de sorte qu'après la chute de l'escarrhe, le bubon a déjà disparu. Une seule fois seulement il m'est arrivé de devoir répéter le vésicatoire et les plumasseaux pour en obtenir la résolution; c'était sur un sujet faible et scrofuleux. Cette méthode résolutive m'a réussi, non-seulement quand la tumeur était à l'état de crudité, mais aussi, lorsqu'elle était manifestement suppurée et fluctuante. Deux individus qui avaient été traités par les sangsues, les cataplasmes et les autres antiphlogistiques ordinaires, avaient leurs bubons déjà suppurés lorsqu'ils sont entrés à l'hôpital; l'abcès était manifeste et magnifique, si l'on peut ainsi parler; je ne l'ai pas ouvert; j'ai appliqué la méthode de M. Malapert: vésicatoire d'abord, puis plumasseaux au sublimé (solution plus saturée que la précédente). Vers le troisième jour, l'escarrhe commence à se détacher, et l'on voit transpirer un peu de matière séro-purulente très-tenue; cette matière est devenue de plus en plus abondante, et, en peu de jours, toute la base dure avait disparu; mais, chose remarquable et heureuse, toute la peau décollée de la coupole de l'abcès a adhérée immédiatement au fond, et les malades ont été promptement guéris. Quatre autres cas pareils se sont présentés depuis, et ils ont été guéris de la même manière. » L'auteur affirme que cette méthode, attribuée à M. Malapert, est ancienne dans son hôpital, puisqu'il s'en servait depuis dix ans; seulement, il avoue qu'après le vésicatoire la solution du sublimé qu'il employait n'était pas aussi forte; aussi n'obtenait-il pas des résultats aussi avantageux. Il pense, au surplus, que préparé comme il le fait avec les fomentations de Schmucker à la glace, le bubon a une bien plus grande tendance à la résolution; le vésicatoire avec le sublimé produisent alors des effets bien autrement prompts et heureux que lorsque le mal a été attaqué *ex abrupto* par ces derniers moyens. (Giord , sc. med. di Torino, avril.) Le bain de Schmucker consiste, comme on sait, dans une solution extemporanée de sel ammoniacal (hydrochlorate) dans de l'eau, avec addition de vinaigre. On peut le remplacer au besoin par une solution de nitrate de potasse.

Syphilis chez les enfans. Condylomes. — Une discussion s'est élevée dernièrement à la Société médicale de Westminster à l'occasion d'un enfant présenté par M. Acton, ayant des condylomes syphilitiques sur les cuisses. Cet enfant était âgé de 8 ans, du sexe féminin. Les végétations existaient en grand nombre et présentaient les caractères qui leur sont particuliers et qui les distinguent des végétations non syphilitiques si fréquentes chez les enfans. Ces caractères sont d'être applatis, consistans,

lisses, couverts d'une matière jaunâtre, couleur de peau de chamois, tandis que les autres végétations sont ordinairement granuleuses, rondes et rouges. M. Acton a prescrit de les laver avec une solution de chlorure de sodium, et de les saupoudrer ensuite de calomel ; intérieurement, du *mercurium cum creta* (deux grains et demi par jour) ; les condylomes ont disparu en six jours. Un petit garçon, qui couchait avec l'enfant précédent, présentait aussi des syphilides au tronc. M. Acton pense, d'après les recherches auxquelles il s'est livré, que la petite fille avait eu la vérole primitive par inoculation avec les serviettes ou les éponges dont la mère se servait pour sa toilette, et que le petit garçon l'avait reçue par le contact du linge sale avec les ouvertures muqueuses dans le même lit. M. Acton a cité le cas d'une jeune personne, âgée de 14 ans, qui avait été infectée par un homme, et qui, couchant avec deux jeunes enfans, dont un garçon, l'autre fille, leur a donné la maladie primitive par le seul contact du linge. Il résulte de la discussion à laquelle plusieurs membres ont pris part que ce mode de communication de la syphilis aux enfans est plus fréquent qu'on ne le croit. M. Acton, au reste, regarde les condylomes comme un symptôme toujours secondaire ; il en a plusieurs fois rencontrés sur des enfans qui venaient de naître de mères vérolées ; mais toujours, dans ce cas, il existait d'autres symptômes syphilitiques. Chez les enfans, les verrues, les végétations de nature non syphilitique sont très-fréquentes ; on ne les confondra pas si l'on tient compte des caractères ci-devant mentionnés. M. Acton a vu, chez les femmes du peuple et chez leurs enfans négligés, des condylomes sur les tétons des seins, entre les mamelles, aux plis des bras, aux aisselles, entre les orteils ; ils sont toujours accompagnés de syphilides (lèpre, psoriasis), et souvent d'ulcères à la gorge. (Medical Times.)

Surdité. — Dans un travail que M. Bonnafont vient de lire à l'Académie des Sciences, sur la pathologie de la trompe d'Eustache, l'auteur est arrivé aux conclusions suivantes : 1° La membrane qui tapisse la trompe d'Eustache n'est pas de même nature que celle qui recouvre les parois de la caisse. 2° Cette différence est démontrée : 1° par l'absence des cryptes dans la membrane de la cavité du tympan, ainsi qu'elles sont nombreuses dans celle de la trompe ; 2° par les changemens pathologiques qu'elles éprouvent, ce que l'observation a pu faire constater. 3° Cette différence d'organisation doit en entraîner nécessairement une dans la nature des affections qui établissent leur siége, et sert dans la distinction importante des maladies de la trompe d'avec celles de la cavité du tympan, ainsi que dans le mode de traitement qu'elles réclament. 4° Les insufflations gazeuses de toute espèce généralement employées sont la plupart du temps ingnifiantes pour le traitement de ces cophoses, puisque, dans un aucun cas, elle ne peuvent rien contre les rétrécissemens de la trompe. 5° Dans le cas de rétrécissement de ce conduit, le seul traitement rationnel et capable d'amener des résultats satisfaisans consiste à l'attaquer à l'aide des mêmes moyens que la pratique a consacrés contre les affections de même genre des autres conduits muqueux. La méthode par dilatation m'a constamment réussi pour surmonter les rétrécissemens les plus rebelles ; dans aucun cas je n'ai eu besoin de recourir à la cautérisation. 6° La cautérisation ne doit être employée qu'avec la plus grande réserve, si toutefois il est des rétrécissemens qui exigent impérieusement sont emploi.

TOXICOLOGIE.

Note sur les effets toxiques de l'opium chez les enfans ; *Par M. Beck, professeur de matière médicale et de médecine légale au collége médico-chirurgical de New-York* (1).

Chez les jeunes sujets l'opium produit des effets extrêmement remarquables ; il agit beaucoup plus énergiquement que chez l'adulte, proportionellement, et son action est toujours plus incertaine que dans un âge avancé. Aussi voit on souvent dans le jeune âge des doses extrêmement faibles produire souvent des effets inattendus et la mort. Il est peu de médecins qui n'aient observé des cas de ce genre. Le docteur J. Clarke affirme que quatre grammes (un gros) de sirop de pavot blanc, et dans un cas, quelques gouttes seulement du remède carminatif de Dalby, ont suffi pour produire la mort dans l'espace de quelques heures à de jeunes enfans. Il ajoute que, dans un autre cas, 40 gouttes de remède de Dalby ont déterminé le même malheur. Le docteur Marley a écrit qu'il connaissait trois ou quatre exemples de symptômes très-dangereux produits par le remède cordial de Godfrey et par celui de Dalby, chez des enfans, et que l'on devait à ces deux remèdes une augmentation notable de la mortalité des enfans. J'ai observé moi-même dans un cas des symptômes alarmans, par suite d'une administration d'une dose ordinaire de sirop de pavot. Dans un autre, j'ai su qu'une demi-cuillérée à thé de ce sirop a manqué de produire la mort sur un enfant âgé de 8 à 10 jours. Trente-cinq gouttes du liquide de Dalby ont suffi pour tuer un petit enfant, tandis que dans d'autres cas, des doses plus élevées ont pu être données sans inconvénient. Le même écrivain rapporte le cas d'un enfant qui a été presqu'empoisonné mortellement par moins de la moitié d'une cuillérée à thé de cette préparation opiacée. Le docteur Bard a vu un enfant âgé de plusieurs mois mourir empoisonné par dix gouttes de laudanum, et un autre être mis en grand danger par deux gouttes seulement. M. Montgomery dit avoir vu plus d'un exemple de mort d'enfant causée par une cuillérée à thé de sirop opiacé. Le professeur Hamilton cite deux cas de mort sur des enfans âgés de quelques mois par quatre gouttes de laudanum. M. Merimann rapporte, lui aussi, l'exemple de deux enfans empoisonnés mortellement par une dose du remède dit cordial de Godfrey. Il ajoute avoir vu un enfant d'un mois, jeté dans un état de stupeur grave par une mixture contenant seulement quatre gouttes de laudanum ; la quantité avalée pouvait en contenir une goutte environ. M. Christison dit que l'administration de trois gouttes de laudanum dans une mixture donnée pour arrêter la diarrée à un enfant âgé de 14 mois, a été suivi de coma, de convulsions et de mort en six heures. Chez un autre enfant âgé d'une semaine, la mort a été occasionnée par

(1) Etrait du *New-York Journal of Medicine.*

quatre gouttes de laudanum. Le docteur Ryan a vu une seule goutte de la liqueur sédative d'opium narcotiser un enfant. On a observé d'autre part deux gouttes de cette substance tuer un enfant, une seule goutte même, dans un cas, a suffi pour cela chez un enfant nouveau-né. J'ai vu un jeune enfant être narcotisé par vingt gouttes de liqueur paregorique. Ces faits suffisent déjà pour prouver que l'opium agit avec une énergie excessive chez les enfans. (Suivent quelques explications physiologiques.)

Conclusions. 1° Défendre l'usage de l'opium, autant que possible, dans le traitement des maladies des enfans; ou du moins ne le prescrire qu'avec beaucoup de circonspection, et dans les cas seulement où son usage paraît indispensable; 2° faire beaucoup d'attention à la nature de la préparation opiacée dont on se sert comme remède; s'enquérir exactement de sa force. On se sert de préférence, pour les enfans, du sirop de pavot; c'est un opiacée des plus doux; cependant il comporte plusieurs objections; il fermente aisément, et son degré d'énergie devient alors variable, ce qui le rend d'un usage dangereux. C'est ainsi que des empoisonnemens terribles ont souvent été produits avec une très-petite dose de ce sirop. Il est souvent sophistiqué par le mélange de laudanum dans du sirop, il en résulte des malheurs avec de faibles doses que les mères ont l'habitude de donner elles-mêmes comme du sirop de pavot ordinaire. La meilleure préparation pour les enfans est le laudanum ou l'elix r parégorique, sa force étant constante, même dans les plus faibles doses, et l'on peut d'ai leurs les affaiblir à volonté. La poudre de Dover est aussi une bonne préparation qu'on peut prescrire aux enfans, puisqu'elle peut se diviser dans des doses extrêmement petites; 3° chez les enfans on ne doit prescrire l'opium qu'à des doses très-réfractées, et d'après l'état de leur organisme. M. Dewees formule le laudanum d'après la règle suivante; une demi goutte pour un enfant âgé de 10 jours; une goutte pour un enfant de 10 à 30 jours; une goutte et demie ou deux gouttes, de 1 à 3 mois; 3 gouttes, de 3 à 9 mois, etc. Si on le donne en lavement, on peut, dit-il, tripler ou quadrupler la dose. Ces doses peuvent être élevées lorsqu'on a tâté la tolerance. Je ne connais rien de plus dangereux que cette règle absolue; elle doit nécessairement produire de temps en temps des malheurs, car les effets sont variables selon une foule de circonstances. Nous ignorons quel est le degré de tolérance chez un enfant qui vient de naître, en conséquence, on ne doit commencer que par des quantités très-réfractées, qu'on répètera selon les effets; 4° les doses d'opium ne doivent pas être répétées à de courts intervalles. Je ne dois pas terminer cette note sans faire remarquer que l'autorité devrait surveiller et défendre formellement l'usage généralement suivi par les mères et les nourrices en Angleterre et en Amérique, d'administrer d'elles-mêmes, à leurs enfans, du laudanum ou des sirops opiacés, dans le but de les calmer, lorsqu'ils ont la diarrhée, la colique de l'agitation, etc. Il en résulte aussi souvent des malheurs irréparables. Dans un relevé officiel qui a été fait pour 1837-38, en Angleterre et dans les Wales, on trouve rien moins que 52 cas d'enfans empoisonnés mortellement par des administrations imprudentes d'opium par les mères ou les nourrices, et 20 cas d'enfans tués par le laudanum ou l'opium administré par mégarde.

— A la suite de la note intéressante qu'on vient de lire, nous croyons devoir ajouter l'observation suivante, qu'un praticien de Londres, M. Griffiths, vient de publier dans le *London medical Gazette* (mars) et qui se rapporte au même sujet :

Un enfant, âgé de sept semaines, a avalé par mégarde un demi-gramme (dix grains) de poudre de Dower. Il a présenté tous les symptômes de l'empoisonnement par l'opium, et il est mort dans l'espace de vingt heures. A l'autopsie, on a trouvé: physionomie calme, langue et gencives gonflées et blanches, doigts des mains fortement contractés, foie de couleur naturelle, colon très-distendu par des gaz et complètement blanc, vessie pleine d'urine s'élevant au-dessus des pubis, rate, reins et intestins sains, le foie est gorgé de sang, l'estomac contient une petite quantité de matière visqueuse incolore, sa membrane interne est très-vascularisée à la grande courbure; dans d'autres points, il y a des plaques fort rouges par injection abondante des petits vaisseaux. Cavité abdominale contient 15 grammes environ de liquide. Poumons très-gorgés de sang, péricarde très-vascularisé, contient 2 grammes de liquide, l'oreillette droite du cœur est vide, oreillette gauche et le ventricule droit sont pleins de fibrin solide. Ventricule gauche contient un peu de sang fluide et un petit caillot. L'aorte thoracique est partiellement remplie de caillots. Le sang est fluide, singulièrement délayé et rosé. Sinus de la dure-mère remplis de caillots noirs. Surface cérébrale couverte d'un réseau immense de petits vaisseaux distendus par du sang rosé. A la surface de chaque lobe postérieur du cerveau existe une petite extravasion. Le cerveau est mou, la différence de couleur entre la substance grise et la substance blanche est très-remarquable. Les vaisseaux de la substance du cerveau sont gorgés de sang, leurs parois sont épaisses. Une petite quantité de fluide existe dans chaque ventricule latéral, les parois de ces cavités sont couvertes de vaisseaux injectés. A la base du cerveau, on trouve un épanchement de sérum de 15 grammes environ. L'analyse chimique de l'estomac et de son contenu n'a pu faire découvrir le moindre atome de morphine ni d'acide méconique.

Remarques du traducteur. — Les remarques de la note de M. Beck offrent un très-grand intérêt, et l'on ne saurait trop se pénétrer de l'importance des faits qu'il rapporte. A l'instar de l'alcool et de tout ce qui surexcite l'économie, en particulier le cerveau et la moëlle épinière, l'opium est un médicament extrêmement dangereux chez les petits enfans; son action stimulante, en effet, porte sur une organisation singulièrement excitable, fortement prédisposée aux congestions inflammatoires, et susceptible d'éprouver, au plus haut degré, les effets de l'ivresse opiacée ou alcoolique avec de très-faibles doses de ces substances. Dans ces organismes si tendres, il y a intolérance absolue pour les corps stimulans non naturels; chez eux, en effet,

les forces organiques sont naturellement exubérantes, par la raison que la nature les y accumule, et pour l'évolution des organes, et pour l'entretien de leurs fonctions; de là la grande prédisposition aux maladies hypersthéniques ou inflammatoires. Il est même douteux qu'il existe des maladies véritablement asthéniques chez les enfans, si l'on en excepte certains empoisonnemens; de là aussi la raison de leur intolérance pour les remèdes stimulans comme l'opium.

Ajoutons que cette intolérance naturelle est elle-même augmentée par les maladies pour lesquelles on se permet quelquefois de prescrire l'opium; de là des effets toxiques formidables avec de très-petites doses. L'espèce d'engouement qu'on a en Angleterre et en Amérique pour l'opium s'est propagée sur le vieux continent, mais heureusement il n'est ni aussi général, ni aussi profond que chez nos confrères d'outre-mer, et, plus heureusement encore, les mères ni les nourrices, chez nous, ne se permettent d'imiter la coutume anglaise sur les enfans. Néanmoins on voit encore, dans quelques localités, l'usage d'appliquer la thériaque sur le ventre des enfans, avec ou sans prescription de médecin. Il n'en résulte pas beaucoup de mal, par la raison que la thériaque est un corps mixte, composé de substances de vertus opposées, ne jouissant, par conséquent, que d'une action légère; mais le principe dominant est l'opium au point de vue thérapeutique. La proportion de cette substance n'est que de 1/80, c'est-à-dire de 5 centigrammes (1 grain) par 4 grammes (1 gros). On conçoit, par conséquent, que lorsque la thériaque est donnée par bouche, à dose assez élevée, l'on peut craindre ses effets toxiques chez les enfans, mais, appliquée sur la peau, autour de l'ombilic, par exemple, ainsi qu'on le fait communément, l'absorption ne peut être que fort légère, vu que l'opium se trouve enveloppé dans un mélange glutineux peu absorbable. Au point de vue dynamique, la poudre de Dower peut être considérée comme une sorte de thériaque, car là l'opium est également combiné à des substances de vertu opposée, comme l'ipécacuanha. Ce mélange est, pour nous, aussi absurde en principe qu'incertain dans son action; mais encore ici l'élément le plus puissant est l'opium. On conçoit qu'une dose de 50 centig. (10 grains), de la poudre en question, ait pu empoisonner mortellement un petit enfant, déjà malade, c'est-à-dire dans des conditions d'intolérance, puisque l'action de l'opium, quelque faible qu'elle fût par elle-même, jointe à celle de la maladie, a pu déterminer une congestion apoplectique. Il ne s'ensuit pas que la même dose produirait le même effet sur un enfant de même âge, bien portant. Pour ce qui est ensuite du laudanum, une circonspection beaucoup plus grande est nécessaire dans le jeune âge, par la raison que cette préparation est plus énergique que l'extrait pur d'opium. On sait, en effet, que dans le laudanum de Sydenham, par exemple, l'opium est combiné à des substances stimulantes très-énergiques, telles que l'alcool (vin d'Espagne), la canelle, le girofle, ce qui augmente singulièrement son action; car la vertu de ces élémens est analogue à celle de l'opium. On conçoit, par conséquent, que chaque grain de cette substance qui se trouve délayé dans vingt gouttes de liquide, lesquelles pèsent, d'après le Codex, 75 centig. (15 grains), se trouve augmenté de l'action de cette addition stimulante. Il est probable, d'après cela, que, sous cette forme, l'énergie de l'opium se trouve doublée. Quand on dit donc que vingt gouttes de laudanum de Sydenham équivalent à 5 centig. d'opium, on se trompe; on devrait plutôt dire : contiennent tant d'opium, mais autre chose encore. On comprend, par là, les funestes effets que de faibles quantités de cette préparation ont pu produire chez des enfans, surtout atteints de maladie hypersthénique, susceptible de réagir vers le cerveau. Dans le laudanum de Rousseau, se présentent d'autres conditions. Ici, l'opium existe en proportion beaucoup plus forte, puisque sept gouttes en contiennent 5 centig.; mais le menstrue est beaucoup moins énergique que dans le laudanum de Sydenham, puisqu'on n'y trouve que du vin fermenté avec l'opium lui-même. Nous estimons cette préparation comme l'égal de l'opium pur, et par conséquent plus faible que le laudanum de Sydenham, à poids égal d'opium. Nous pourrions étendre ces remarques aux différentes teintures alcooliques d'opium et aux sirop opiacés, dits calmans, qu'on prescrit si légèrement, et qui causent plus souvent qu'on ne croit des malheurs dont on n'apprécie pas suffisamment l'origine, par suite des fausses idées qu'on professe sur la prétendue vertu calmante de l'opium.

DOCUMENS TOXICOLOGIQUES.

—

NEUTRALISANS CHIMIQUES. — « Quoique les chimistes se vantent de pouvoir apprivoiser tous les poisons minéraux, ils ne peuvent cependant se garantir eux-mêmes de leurs effets pernicieux; ils sont sujets aux mêmes maladies que les ouvriers en métaux, et la couleur livide de leur visage dément leur bouche et découvre leur feinte. » (Ramazzini, trad. par Fourcroy.)

EMPOISONNEMENT PAR LA CIGUE. — Quatre enfans avaient mangé une grosse racine de ciguë aquatique (cicuta virosa); l'un est mort immédiatement. Aux trois autres on a administré d'abord de fortes doses de sulfate de zinc pour les faire vomir; on leur a, en même temps, fait prendre des boissons et frictionné le ventre pour favoriser le vomissement; puis on leur a fait des applications froides sur la tête, mis des sinapismes, donné des lavemens au vinaigre. Les extrémités, devenues froides, on été frictionnées avec des flanelles chaudes. Les malades ont, après le vomissement, reçu, comme contre-poison, de l'acide gallique à l'aide d'une décoction de noix de galle, à dose fréquemment répétée avec le plus grand succès; les symptômes alarmans se sont graduellement dissipés, et les trois enfans ont été sauvés après cinq jours de traitement. L'auteur de cette observation, M. Meyer, regarde l'acide gallique comme le neutralisant par excellence de la ciguë (Buchner's Reper. für Die Pharm. 1843, et Lond. and Ed. m.

***

jour., mars 1844). — Vous le voyez, c'est à cela que les savans de laboratoire ont réduit la toxicologie médicale, à un pitoyable jeu de cornues! Trois enfans sont empoisonnés avec de la ciguë, et on les empoisonne une seconde fois en leur administrant d'autres poisons pour les guérir, tels que le sulfate de zinc, le vinaigre, l'acide gallique!! La nature a été assez puissante pour déjouer cette déplorable cuisine de laboratoire, et M. Meyer de s'extasier sur son miraculeux résultat! Eh oui! c'est bien là un résultat miraculeux, car l'action hyposthénisante des remèdes, jointe à celle du poison primitif, aurait pu le rendre responsable de trois innocentes victimes de ce système surannée des neutralisans chimiques enfanté dans l'ignorance la plus complète de la toxicologie médicale. Quoi! pour faire vomir il vous faut un sel toxique, comme le sulfate de zinc, que vous osez donner à forte dose? Est-ce que ce sel, absorbé à son tour comme la ciguë, ne peut pas, à lui seul, suffire pour rendre mortel un empoisonnement qui ne le serait pas de lui-même? Et à quoi bon les lavemens au vinaigre et les sinapismes? Est-ce pour ajouter à l'action hyposthénisante de la ciguë? Enfin, que peut-il, l'acide gallique, neutraliser après le vomissement? Le poison étant déjà passé dans le sang, il est clair que la neutralisation chimique est impossible. En conséquence, c'est là une médication absurde et dangereuse, car, comme tous les acides, la liqueur gallique, absorbée à son tour, produit des effets hyposthénisans analogues à ceux de la ciguë et augmente l'empoisonnement. Il est donc presque miraculeux qu'après cinq jours de traitement ces trois enfans, qui n'avaient dû absorber que fort peu de poison, aient pu échapper aux conséquences formidables d'une médication aussi dangereuse. C'est ainsi qu'on a fait de la toxicologie jusqu'à ce jour, en dépit de la raison médicale et du sens commun! Que certain chimiste élève donc très-haut l'étendard du progrès à rebour qu'il a fait faire à la science des poisons, car tout cela est l'œuvre de son système! Et pourtant du temps de Celse on savait déjà parfaitement traiter, dynamiquement, l'empoisonnement par la ciguë, ainsi que nous l'avons démontré dans le tome 1er de ce journal.

REVUE GÉNÉRALE.

DEUX CAS D'AFFECTION HÉMORRHOÏDALE GRAVE, *guéris à l'aide du jus de citron à haute dose; par M. G. Giadorov, médecin à l'hôpital de Sebenico.* — Un prêtre, de tempérament robuste et sanguin, âgé de 45 ans, allant souvent à cheval, contracta souvent des fièvres intermittentes; sa rate s'est hypertrophiée, ses vaisseaux hémorrhoïdaires se sont gonflés; il éprouvait de la constipation et des vertiges; puis des hémorrhagies abondantes survenaient par l'anus, surtout lorsqu'il allait à cheval. On l'a guéri de la maladie de la rate et des fièvres à l'aide du sulfate de quinine, mais les hémorrhagies ont reparu de temps en temps; puis elles sont revenues tous les jours et abondamment; les forces ont décliné, œdème aux pieds, ventre balonné, dyspnée, fièvre nocturne, pâleur générale, émaciation. Les tumeurs hémorrhoïdaires étaient abondantes et enflammées. Les remèdes antiphlogistiques avaient paru insuffisans; les saignées, d'ailleurs, n'étaient plus applicables, vu l'état de faiblesse; les laxatifs, les mucilagineux, les fleurs de soufre, les amers, l'eau de laurier-cerise, la digitate et d'autres hyposthénisans avaient été essayés et abandonnés. M. Giadorov, se rappelant alors que M. Cohen, de Venise, avait guéri des hydropisies ascites avec le jus de citron à haute dose, a voulu l'essayer chez ce malade, et pour rendre l'acide citrique plus énergique encore, il y a fait exprimer l'huile essentielle de ce fruit, dont l'action est hyposthénisante comme celle de l'acide. Il a commencé à en donner deux cuillerées toutes les deux heures. Le troisième jour de ce traitement le malade était déjà mieux; les hémorrhagies et les souffrances étaient considérablement amendées, les urines coulaient abondamment. Une réaction fébrile cependant s'est déclarée; saignées, purgatifs huileux; mieux. On revient au jus de citron à la même dose, le ventre se constipe; diverses réactions ont lieu, on insiste sur le même moyen, et l'on fait exprimer les citrons avec l'écorce dans une petite mécanique, afin d'obtenir le plus possible d'huile essentielle et du principe amer qui sont laxatifs; on élève graduellement la dose à trois cuillerées toutes les deux heures, puis on dépasse de beaucoup cette dose, le malade en prend une petite tasse de deux en deux heures; le ventre devient libre, plus de sang, retour des forces, guérison complète. On a continué le remède après pour consolider la cure et prévenir la récidive. — Le second cas est analogue au précédent; les hémorrhoïdes étaient fluentes, anciennes et compliquées d'un état général très-grave; le suc de citron, donné avec persévérance à dose élevée, a produit des résultats très-heureux. (An. Univ. di med.)

— Il y a dans l'action hyposthénisante de l'acide citrique et de l'huile essentielle de citron quelque chose d'électif vers l'appareil digestif. On sait que dans les dyssenteries ce moyen a été aussi administré avec avantage, et nous savons que dans la procidence du rectum chez les enfans, les lotions et les petits lavemens avec le jus de citron produisent d'excellens effets, moins par l'action réputée astringente de ce corps que par son action dynamique rafraîchissante. Nous avons donné des soins à un Espagnol, ex-marchand de nègres, qui nous a raconté le fait suivant: « Dans une de ses traversées d'Afrique aux colonies américaines, il a vu toute sa marchandise menacée, c'est-à-dire les nègres qu'il avait achetés en Afrique étaient tous frappés d'hémorrhagie anale avec procidence du rectum. Il a fait fomenter les parties avec des linges trempés dans un mélange de jus de citron et de poudre à canon, et la guérison a été prompte. »

SULFATE DE QUININE. — Le docteur France, médecin à Miélan (Gers), vient de publier un travail remarquable sur le sulfate de quinine à haute dose dans la première période de la pneumonie ou de la péripneumonie. Il rapporte sept observations dans lesquelles le mal se trouve parfaitement caractérisé; il a le plus souvent donné le sel de quinine seul, comme hyposthénisant; quelquefois aussi combiné à la saignée; et les malades ont guéri tout aussi bien que par des saignées répétées au point convenable. L'auteur est arrivé à une conclusion qu'il exprime énergiquement dans les termes suivans. « En attendant, je me bornerai, dit-il, à annoncer ici qu'administré à haute dose (2, 3, 4 grammes dans l'espace de 12 ou 24 heures) pendant la première période de la pneumonie et de la pleuro-pneumonie, le sulfate de quinine arrête

les progrès de l'inflammation, fait disparaître la douleur chronique, réduit le nombre des pulsations artérielles, diminue la chaleur animale, tout en exerçant sur les systèmes nerveux une action sédative remarquable. Enfin l'action de ce sujet sur l'économie paraît être, pour me servir du langage du professeur Giacomini *hyposthénisante cardiaco-vasculaire.* » (Journal de la soc. d. méd. pr. de Montp. mars.)

— Que diront-ils, en présence de ces faits, les savans qui persistent à regarder le quinine comme un excitant, un tonique? Pour détruire ces conclusions, que la nature bien interrogée fait jaillir partout, il faut bien autre chose que les opinions préconçues qu'on s'efforce de faire valoir. On a du voir dernièrement dans les journaux un travail de M. Monneret sur l'action du sulfate de quinine dans le rhumatisme, et dans lequel des faits simples et clairs sont interprétés d'une manière illogique, ce qui a conduit le savant auteur à des conclusions tout à fait absurdes. Telle est la force de la prévention qu'elle empêche d'étudier les faits dans le but de découvrir leur véritable signification; on ne leur demande que la confirmation de ce que la routine avait déjà enseigné; puis, posant en fait ce qui est en question, on tourne autour d'un cercle d'hypothèses et l'on arrive à une conclusion posée d'avance. C'est ainsi que quelques savans font de la thérapeutique, et ils appellent théoriciens les hommes qui ne raisonnent pas comme eux. Entre leurs propres mains cependant la nature parle mieux que leur logique, cela suffit à la science, et nous désirons qu des faits pareils à ceux de M. Monneret se produisent pour d'autres médicamens soi-disant stimulans.

Hydrocéphale. — Deux médecins allemands, MM. Christie et Wœniger, ont publié chacun plusieurs cas d guérison d'hydrocéphale, soit aigu, soit chronique, à l'aide des préparations iodurées, même à une période où le ma était déjà accompagné de paralysie, et cela après que le autres médications d'usage avaient échoué. La prescrip tion suivie par M. Christie est celle-ci : — P. iodure d potassium 80 centig. (16 grains); iode 20 centig, (4 grains) eau distillée 30 grammes (1 once). A prendre, 4 grammes (1 gros) de quatre en quatre heures. La formule de M. Wœniger est assez analogue à celle-ci, si ce n'est que les doses sont plus réfractées. On doit, au reste, régler les doses d'après la tolérance. M. Christie fait en même temps frictionner la tête avec une pommade de bichlorure de mercure. (*Médical Times.*)

Luxation du pouce. — Un canonnier me fut amené par deux de ses camarades; dans une chute qu'il avait faite d'un parapet qu'ils étaient occupés à construire, il s'était luxé en arrière la première phalange du pouce; ses camarades voyant cette partie ainsi renversée, se mirent en devoir de la rétablir dans sa position, mais ne pouvant y parvenir, ils m'amenèrent le blessé. Je fis également des tentatives, mais sans résultat; ce fut en vain que j'appliquai des lacs, sur lesquels je fis agir des hommes robustes, tous mes efforts restèrent sans résultat, et je pus me convaincre qu'il m'aurait été plus facile d'arracher le pouce que d'en réduire la luxation, en continuant à suivre les règles posées par les auteurs. Je me déterminai à porter le pouce en arrière et à l'étendre à angle droit sur l'os du métacarpe; dirigeant alors mes efforts sur l'extrémité supérieure de la première phalange, je la replaçai dans sa position avec une étonnante facilité. (Leva, *Ann. de la Société médicale d'Anvers*, mars.)

Obstétrique. — Parent du Chatelet, dans son ouvrage sur la prostitution dans la ville de Paris, dit que, d'après ses propres observations et celles de Mme Legrand, sage-femme en chef de la Maternité, presque toutes les femmes publiques meurent par suite de couches, et que rarement quelques enfans échappent. Il est certain qu'une vie déréglée, comme celle que mènent ces femmes, peut détériorer la constitution de manière à ne leur laisser qu'une apparence de bonne santé, et qu'alors la mort ne semble attendre qu'une cause occasionnelle. Il faut tenir compte aussi de l'excitation permanente des organes génitaux qui se réfléchit sur tout le système abdominal. Cependant la conclusion de Parent du Chatelet me paraît être trop générale, surtout par rapport aux mères: ainsi, dans notre clinique d'accouchemens, il n'y a pas eu un seul cas de mort dans l'espace de 13 ans, quoique toutes les femmes qui s'y trouvent, à part de rares exceptions, si elles ne sont point prostituées, sont du moins adonnées à la débauche. Ce fait de mortalité est plus applicable aux enfans. Ordinairement, les plus beaux parmi ceux qui sont parvenus à un complet développement, dépérissent au bout de quelques jours et meurent dans des convulsions. Le plus souvent il survient des éruptions d'une nature particulière dans les plis de la peau et dans la bouche, ce qui les empêche de téter. La syphilis joue le principal rôle dans toutes les affections. Il existe dans la société une classe de jeunes filles qui, sans être prostituées de droit, rentrent dans la classe que Parent du Chatelet a comprise sous le nom de filles adonnées à la débauche. Marie Azéma, n° 1, rentre dans cette catégorie: chez elle le libertinage est poussé à l'excès. Ces filles ne se trouvant pas sur la surveillance immédiate de la police, ne sont point renfermées dans des maisons publiques; elles courent les rues pour exercer leur honteux métier, et sont presque toujours rongées par la maladie vénérienne. Répudiées par leur famille où elles ne trouvent que de la misère et de mauvais traitemens, elles sont presque toujours battues par les misérables qui ont satisfait sur elles leur brutale passion. Ces malheureuses deviennent le plus souvent enceintes, et leurs couches sont presque toujours suivies d'une péritonite mortelle. Beaucoup de filles séduites, abandonnées par leurs parens et par leurs amans, passent presque tout le tems de leur grossesse dans la plus affreuse misère. Chassées de partout à cause de leur état, elles n'en retirent que de mauvais traitemens; aussi les suites d'un accouchement dans cette classe sont d'autant moins heureux, que ces filles sont entrées dans un hôpital à une époque plus avancée de leur grossesse. Voila un ordre de causes, malheureusement trop fréquentes, de la fièvre puerpérale, parce que dans beaucoup d'hôpitaux on ne veut consentir à recevoir ces femmes enceintes qu'au dernie

moment. On vous accuse de favoriser le vice, si vous demandez leur réception trop de bonne heure.

(*La Clinique de Montpellier.*)

Fistule a l'anus. — Dans une leçon remarquable que M. Brodie vient de publier sur cette maladie (*The Lancet*, 20 janv. 1844), l'auteur établit, d'après les dissections qu'il a eu l'occasion de faire sur le cadavre et ses nombreuses observations cliniques, que constamment le trajet fistuleux traverse à la fois la muqueuse et la membrane musculeuse de l'intestin, pour venir filer dans le tissu cellulaire sous-séreux et se prolonger ensuite au dehors. D'après M. Brodie, le mal commence ordinairement par la muqueuse, au-dessus du sphincter, précisément à l'endroit où les matières fécales séjournent ou sont comprimées pour être expulsées. La membrane s'enflamme, s'ulcère sur un point, surtout si des corps étrangers existent dans les matières ; elle est irritée de plus en plus pendant les contractions de l'intestin. Ce point ulcéré creuse les tissus sous-jacens ; une infiltration commence, la membrane musculaire est perforée par le même travail, puis la fusée s'établit et marche dans le tissu sous-séreux ; enfin, un abcès se forme à la marge de l'anus, alors la fistule est déjà organisée. Chez les phthisiques et les sujets atteints de maladie du foie, la fistule n'est très-fréquente que parce que chez eux la muqueuse intestinale est souvent ulcérée par continuité de l'irritation supérieure. La perforation et l'infiltration deviennent excessivement faciles chez eux, soit que l'ulcération ne creuse qu'à travers un ou plusieurs cryptes de l'intestin, soit qu'elle attaque primitivement la surface de la muqueuse. Il résulte de ces remarques : 1° que les maladies de la muqueuse intestinale sont une condition prédisposante aux fistules à l'anus; 2° que presque toutes ces fistules commencent de dedans en dehors et sont pourvues d'une ouverture supérieure, qu'on peut toujours retrouver dans l'opération si on sait la chercher; 3° que le trajet intéresse et perfore les deux membranes internes supérieurement pour suivre ensuite le tissu cellulaire sous-séreux. On comprend combien ces notions précises sont importantes pour le traitement, soit préventif, soit chirurgical de cette maladie, et combien est illusoire d'ailleurs la présomption de l'utilité de ces fistules chez les phthisiques.

Oedème chronique des nymphes. ablation, *par M. Melchiori.* — Une femme âgée de 22 ans venait d'accoucher pour la seconde fois. Cinq jours après, les deux petites lèvres formaient deux tumeurs ovales aux côtés du clitoris, du volume d'un œuf, avec un pédicule en haut; leur surface était lisse, consistante, œdémateuse et comme transparente; le pédicule présente le volume du petit doigt. On les a traitées inutilement pendant quinze jours, à l'aide de topiques résolutifs. Enfin, M. Melchiori les a excisées d'un coup de bistouri. Guérison prompte. Une autre femme, âgée de 40 ans, avait eu, il y a trois ans, à la suite de sa première couche, la vulve œdématiée; le gonflement avait disparu, mais à la petite lèvre droite il était resté un gonflement circonscrit, formant une tumeur qui pendait jusque sur les cuisses. Excision du pédicule. Guérison. (Gazetta Toscana delle scienze med. fis.)

— On rencontre rarement de ces sortes de tumeurs. Nous ne sachons même pas qu'elles aient été décrites au point de vue étiologique. Il était important de connaître la puissance des résolutifs, et les conséquences de l'excision. Sous ce triple rapport, ces deux faits offrent un véritable intérêt pratique. On ne confondra pas cette affection avec l'hypertrophie des grandes ou des petites lèvres, indépendante de la parturition.

Hémorrhagie utérine.—Pour arrêter l'hémorrhagie après l'accouchement, un médecin anglais a inventé un appareil propre à faire une irrigation continue d'eau froide dans l'intérieur de la matrice. C'est une sorte de pompe analogue à celle dont on se sert en France pour les injections vaginales, seulement le bec irrigateur est formé par une petite bouteille en caoutchouc, perforée en arrosoir, et qu'on doit introduire dans l'utérus. On peut, si l'on veut, ajouter à l'eau des substances diverses. On ne doit cesser que quand le sang cesse de couler par l'effet de la contraction. Le caoutchouc étant mou s'affaisse aisément pour entrer et sortir (Medical Times).

Épilepsie guérie par l'extraction d'un corps étranger du conduit auditif. — Le nommé Jean Baynes, cultivateur, âgé de trente ans, demeurant à Villeneuve-la-Comtat, introduisit, en 1833, une petite pierre dans son oreille gauche. Pendant longtemps il n'éprouva qu'un peu de surdité; plus tard, le conduit auditif fut le siége d'un écoulement auquel le malade ne porta aucune attention. En 1836, il fut atteint de vertiges qui l'obligèrent à quitter son travail. A l'époque de la moisson, une attaque très-forte d'épilepsie se déclara, et, depuis ce temps-là, ces attaques se son reproduites avec la plus grande irrégularité. Consulté en 1838, le nommé Raynes m'a offert un regard étonné; il est sujet aux vertiges qui précèdent toujours les attaques d'épilepsie. Sa mère, présente à la consultation, me parla d'un corps étranger qui aurait été introduit dans l'oreille quelque temps avant l'invasion de la maladie. Me rappelant une observation de Fabrice de Hildan, ou l'extraction d'une boule de verre de l'oreille d'une jeune fille avait fait cesser l'épilepsie, je proposai d'en faire l'extraction. L'oreille, examinée avec le spéculum, fit voir une masse de cérumen qui oblitérait le fond du conduit auditif. Ce canal était légèrement enflammé et était le siége d'un écoulement séro-purulent. Plusieurs injections avec l'eau de savon alcoolisée furent faites. Le cérumen, ramolli par la température élevée de l'injection, fut enlevé au moyen d'un stylet boutonné. Arrivé au corps étrangsr, j'essayai vainement de faire passer la châsse du stylet légèrement ployée au-delà de son grand diamètre, et l'entraîner au dehors; je ne fis que l'ébranler. Je laissai reposer le malade qui avait beaucoup souffert de mes tentatives. Je remplis le conduit auditif avec l'huile d'olive chaude que je laissai séjourner. Je pris un fil d'argent de 20 centimètres, je le pliai par le milieu de manière à former une anse ; je l'introduisis jusqu'au corps étranger, et je tâchai de le faire passer au-delà, ce qui fut assez facile; je retirai doucement mon anse, qui entraîna le corps étranger, qui était une pierre inégale et presque triangulaire. Ce corps étranger avait séjourné cinq ans dans l'oreille. Je conseillai au malade des injections émollientes dans le conduit auditif, et de prendre tous les jours un infusion de valériane. Depuis ce jour jusqu'au mois de septembre 1843 que j'ai vu le malade, les attaques d'épilepsie n'ont pas reparu. Je suis porté à croire que sa maladie ne se reproduira plus. (Jour. de méd. de Bordeaux.)

Aliénation mentale.— Il résulte du rapport annuel que le docteur Webster vient d'adresser au gouvernement anglais, concernant les aliénés traités à Bethlem Hospital, qu'en 1843 les guérisons ont été plus nom-

breuses relativement à l'année précédente, grâce aux améliorations des mesures hygiéniques et psychologico-thérapeutiques que l'autorité a favorisées. Le nombre des guérisons pour 1843 a été de 56 hommes et de 103 femmes, ce qui donne une proportion de 56 pour 100. En 1842, la proportion avait été de 51,31 p. 100. Les mesures adoptées et exécutées à grands frais, et qui donnent de si heureux résultats, consistent à avoir créé toute espèce d'ateliers pour occuper chacun selon son état, s'il s'agit de gens de travail; de moyens de distraction, d'occupation intellectuelle, s'il s'agit d'individus d'une classe pensante ou élevée. Il paraît que le travail en commun, mais séparé pour chaque état, produit les meilleurs effets, et l'on n'a pas trouvé que l'usage des instrumens métalliques propres à l'exercice ait occasionné des accidens. Il est vrai que la surveillance est grande. On a vu des furieux se calmer en entrant dans l'atelier qui leur était assigné au milieu des autres malades occupés à leur travail. Ce qui nuit beaucoup aux aliénés, c'est de les laisser taciturnes et oisifs. C'est ce qui rendra toujours les maisons privées d'aliénés, élevées par la spéculation, inférieures aux établissemens publics entretenus par l'Etat. En France même, nulle part les aliénés ne sont aussi bien traités que dans les établissemens officiels. Là, vous avez, en effet, les praticiens les plus distingués, et qui ne sont pas gênés dans l'exercice de leurs prescriptions par le calcul du comptoir.

CONCRÉTIONS CALCAIRES DANS LES NARINES.—« Il y a trois ans environ, j'ai été consulté par une jeune dame se plaignant d'éprouver quelque chose dans les narines. Il y avait un écoulement putride et toutes les apparences d'une affection des os du nez. Dans cette croyance, j'ai prescrit la salsepareille et l'ai traitée en conséquence. Cette maladie existait dès l'enfance, et quand je l'ai vue pour la première fois, la malade était âgée de onze ou douze ans. Il y a quelque temps, elle a rendu par le nez, en se mouchant, un corps étranger solide qu'elle m'a apporté. Elle et sa famille croyaient que c'était l'os nécrosé; cependant, en l'examinant je n'ai pas trouvé la moindre ressemblance avec un os; sa forme, convexe d'un côté et concave de l'autre, jointe à sa compacité, m'ont fait soupçonner que cela pouvait bien être un nucléon de fruit. J'ai donc prié M. Prout de l'analyser : il a trouvé que c'était tout simplement un tampon de mucus épaissi, desséché et pénétré de phosphate de chaux, analogues aux concrétions qu'on rencontre quelquefois sur les membranes muqueuses enflammées chroniquement, en particulier dans la vessie urinaire. J'ai dû en conclure que la muqueuse nasale avait dû être primitivement irritée, enflammée par une cause quelconque; peut-être par la présence d'un corps étranger qui a pu disparaître consécutivement et laisser dans la membrane une sorte de niche qui s'est consécutivement remplie de mucus, lequel a été, à son tour, saturé de matière calcaire; de là la forme concavo-convexe que la concrétion présentait, et la suppuration putride qui simulait une affection des os. » (Brodie, The Lancet, 6 janv. 1844.)—Nous avons, il y a quelques mois, rapporté un fait analogue au précédent, que nous avions recueilli dans le service de M. Blandin, à l'Hôtel Dieu (p. 419), et nous avions, par le seul raisonnement, établi une doctrine pathogénique pareille à celle que nous venons de rencontrer dans l'article de M. Brodie.

IRRIGATIONS D'EAU FROIDE SUR LES YEUX. — Un médecin belge, M. Groenendaels, vient de communiquer à la Société des sciences médicales, de Malines, et cette Société vient d'approuver une observation d'ophthalmie purulente des armées guérie à l'aide de l'eau froide. Il s'agit d'une jeune femme qui l'a contractée par la cohabitation avec un conscrit, et qui avait déjà été guérie, une année auparavant, d'une affection de même espèce. Le mal existait depuis treize jours; la cornée de l'œil gauche était déjà totalement désorganisée; celle de l'autre côté était perforée et donnait passage à une portion d'iris; une moitié seulement de celle-ci était encore intacte; injection sanguine excessive, gonflement, écoulement purulent abondant, aphotophobie, ou absence de sensibilité au contact de la lumière, cécité. Les médications ordinaires avaient été employées sans succès. On place une cuvette d'eau à côté de la malade, et on l'engage à fomenter continuellement ses yeux à l'aide de linges trempés. On change l'eau de la cuvette toutes les demi-heures. La malade s'est abstenue de dormir, et a continué jour et nuit avec courage et persévérance. Le surlendemain, mieux, retour de la photophobie. Le mieux a été progressif et suivi de guérison en peu de jours; l'œil droit a été sauvé, la malade voit très-bien; le gauche était déjà perdu (La Belgique médicale, 31 mars). — Cette observation n'est rapportée que fort brièvement, et bien qu'elle ne soit pas assez concluante par elle-même, nous n'en approuvons pas moins le principe du traitement. Cette méthode est celle que nous suivons dans beaucoup d'ophthalmies aiguës; elle ne doit pas empêcher, cependant, de prescrire en même temps les remèdes hyposthénisans généraux réclamés par l'état du pouls (saignées, tartre stibié, calomel, nitrate de potasse, etc.) Pour rendre l'eau froide aussi énergique que possible, il faut organiser une véritable irrigation, et refroidir l'eau à l'aide de la glace.

BUBONS-SYPHILITIQUES. — « Je n'ai pas été à même de déterminer si les ulcères jouissent d'une faculté égale d'absorption dans toutes les parties du corps; mais je soupçonne que les ulcères situés sur le gland ne présentent pas une surface aussi favorable à l'absorption que ceux du prépuce; car bien que j'aie vu des bubons et la syphilis constitutionnelle se manifester consécutivement aux premiers, cependant j'ai observé ce résultat plus souvent après les autres. (Hunter, t. II, p. 480.)

« C'est le plus souvent après le premier, ou mieux encore après le second septenaire ou plus tard, qu'on les voit arriver (bubons). Le siége particulier de l'ulcère syphilitique a une grande influence sur la production des bubons. Les chancres de la partie inférieure de la verge, comme l'avait observé Hunter, et surtout ceux des environs du frein, y donnent bien plus souvent lieu que ceux de toute autre région. Chez la femme, ce sont incontestablement les chancres des environs du méat urinaire qui les déterminent le plus ordinairement; ce qui explique mieux que tout ce qu'on a pu dire la différecne de fréquence de cet accident dans les deux sexes. » (Note de M. Ricord; ib., p. 488.)

SUCRE.—Il serait difficile de dire à quoi tient la sapidité s attrayante du sucre, et pourquoi beaucoup de malades s'en dégoûtent si grandement. On prétend que quand on mange du sucre solide, il se passe dans la bouche une action chimique avec dégagement de calorique qui stimule les tissus. « Le sucre devient plus phosphorescent par le choc, et la lueur dégagée alors pourrait jusqu'à un certain point expliquer pourquoi quelques personnes trouvent que le sucre en poudre n'a pas la même saveur que le sucre en masse. » (Dumas, chimie). On attache communément de l'importance au sucre candi comme remède. C'est un pré-

jugé, ce sucre n'ayant pas plus de vertus que le sucre cristallisé ordinaire. Le sucre candi, en effet, n'est autre chose que du sucre ordinaire réduit en sirop recuit, cristallisé de nouveau et égoutté; il n'offre d'autre différence que dans la forme de la cristallisation. Dans certains pays, on s'en sert comme d'un sucre de luxe pour le café ou le thé. En France, le peuple le croit utile pour les irritations de poitrine, et ailleurs, pour dissiper les taches de la cornée. On fabrique dans le Nord un sucre candi noir qu'on appelle sucre de Bœrhaave. On est étonné, en vérité de voir des médecins prescrire sérieusement le sucre candi comme remède.

Remèdes stimulans. — Quand on veut produire une stimulation instantanée, on ne saurait mieux choisir que les alcooliques. On peut, en effet, les graduer à volonté, et leur action est prompte et franche. Le vin rouge, vieux, par exemple, doit être préféré quand il s'agit d'affections chroniques ; là, en effet, l'alcool est mitigé par les huiles essentielles qui l'éthérisent et par les sels organiques, ainsi que nous l'avons vu dans un autre article. « Les vins blancs ne donnent pas généralement une quantité d'alcool plus grande que les vins rouges; mais il est de meilleure qualité. Cela tient à ce que le vin blanc n'a pas cuvé sur la pellicule et sur la râfle, et que, par conséquent, il contient beaucoup moins de ces huiles essentielles qui se trouvent au-dessous de la pellicule du grain, et qui se dissolvent dans le moût à la faveur de l'alcool formé pendant la fermentation.» (Dumas *Chimie*, t. 6). Ainsi, il est clair que les vins blancs sont plus stimulans, non parce qu'ils contiennent plus d'alcool, mais bien parce que leur alcool est plus pur, moins mitigé par les autres élémens du liquide.

Ulcères scorbutiques. — Il résulte d'expériences comparatives qu'on a faites dernièrement à l'hôpital de Venise, que les ulcères d'apparence scorbutique résistent aux pansemens ordinaires, et même à la compression à la Baynton; mais qu'ils guérissent avec une promptitude surprenante par des applications de charpie trempée dans du jus de citron. Cette médication n'est pas nouvelle, mais elle est digne de considération. (Asson, Memoriale della medicina contemporanea, décembre 1843.)

CHRONIQUE ACADÉMIQUE.

DE LA GÉLATINE ALIMENTAIRE.

La question de la gélatine, employée dans quelques hôpitaux de France et de l'étranger comme aliment, est agitée de nouveau devant l'Académie des Sciences. Deux partis sont en présence, les uns veulent que ce soit un aliment bon à conserver, les autres lui refusent une pareille propriété, et voudraient la rejeter du régime alimentaire. Deux savans haut placés sont, comme on sait, à la tête de cette discussion contradictoire. Des expériences à l'infini ont été faites, mais on est loin de s'accorder sur la valeur des résultats. M. Magendie a déclaré dernièrement à l'Académie que la gélatine n'était qu'un *produit chimique*, par conséquent impropre à l'alimentation. On ne comprend pas trop, à la vérité, une pareille caractérisation, car, quel est le corps alimentaire, même le pain, si l'on veut, qu'on ne pourrait, à la rigueur, regarder comme un produit chimique ? Le bouillon de viande contient de la gélatine comme celle qu'on obtient des os, et l'on ne voit pas trop, *a priori*, comment, isolé par l'art, ce même corps cesserait d'être un aliment. Il est probable que le célèbre physiologiste a voulu dire que la gélatine est un produit chimique analogue aux corps concentrés par l'art, et qu'on emploie ensuite selon les besoins de l'alimentation, tels que les fruits, les gelées végétales, les extraits divers, etc.

La question est toute expérimentale au fond, et c'est à l'hôpital St-Louis qu'il faut l'étudier avec une mûre méditation de tous les élémens qui s'y rattachent. C'est là aussi que nous avons puisé notre conviction. Les expériences nombreuses faites par M. Magendie, sur les animaux, n'offrent pas, selon nous, toutes les conditions nécessaires pour une conclusion rigoureuse. Ce savant, en effet, s'est, dit-on, servi de gélatine de qualité inférieure, contenant beaucoup de sulfate d'alumine, et qui est réellement impropre à l'alimentation. Les essais tentés dernièrement par l'Institut de Hollande ne sont pas concluans, par la raison que ces savans ont commencé par rendre malades les animaux avant de leur administrer la gélatine. Le dépérissement commencé, tout décline ensuite, malgré le faible secours d'un aliment aussi léger. La soupe-type de M. Thénard n'est donc pas acceptable comme moyen décisif d'expérimentation. M. Pelouse a communiqué, il y a quelques jours, à l'Académie, le résultat d'expériences qui tendraient à prouver que la gélatine injectée dans les veines ou ingérée dans l'estomac, est retrouvée ensuite dans les urines, ce qui ferait conclure qu'elle n'est pas assimilable ; mais on a omis de s'assurer si du bouillon de bœuf, injecté ou ingéré de la même manière, ne laisserait pas échapper sa gélatine avec les urines. Nous nous défions de ces expériences tranchantes, qui ne prouvent rien par cela même qu'elles prouvent trop. Que ne trouve-t-on pas dans les corps organisés à l'aide de la chimie?

Il est clair que si vous refusez à la gélatine la faculté de nourrir d'après ces seules données chimiques, on pourra vous en dire autant du bouillon de viande, et il très aisé d'arriver ainsi à l'absurde. On demande à la gélatine plus qu'elle peut; on veut qu'elle suffise à elle seule à remplacer les autres alimens, et l'on oublie qu'on ne la propose que comme moyen coadjuvant du pot au feu, comme moyen d'économie à utiliser à l'avantage du pauvre, et lui procurer la facilité de manger deux plats au lieu d'un, le bouilli et le roti.

Nous venons de dire que la question dont il s'agit veut être étudiée empiriquement et sans cornues à la main. Cette étude, nous l'avons faite à l'hôpital Saint-Louis et chez nous-même, et il est facile de se convaincre qu'on s'est égaré par des disputes de mots, par une prévention mal fondée et des expériences illusoires comme celles que nous venons de citer. On trouve excellente la gélatine que le cuisinier du riche sert assaisonnée dans les grands dîners; on achète à un prix élevé chez les marchands de comestibles une préparation des petits os tarso-métatarsiens du porc, traités au vinaigre et dépouillés ainsi de leur partie calcaire pour ne laisser que la partie gélatineuse au fin gourmet de haut rang, et l'on refuse un pareil aliment au pauvre ! Singulier phénomène, que la logique de l'esprit humain, lorsqu'elle est influencée par la chaleur passionnée de la discussion ! Que veut-on faire à l'hôpital Saint-Louis en mettant, au lieu de d'eau simple dans le pot au feu ordinaire, une solution de gélatine? On s'imagine qu'on veut remplacer le bouillon ordinaire par le bouillon de gélatine. C'est une erreur grave, et l'on égare ainsi l'opinion publique. Nous l'avons déjà dit, la

gélatine n'est employée que comme l'équivalent de ce que donnerait une quantité déterminée de viande, et qu'on distrait de la masse commune du pot au feu pour la servir en roti comme second plat aux malades. Dans les bureaux de bienfaisance, on sert des légumes non-assaisonnés ; la graisse délicate et abondante qu'on obtient des os, par le procédé de M. D'Arcet, devient une ressource précieuse d'assaisonnement à bon marché. L'on ne dira pas que ce n'est pas là un bienfait. Il y a d'autres raisons encore qui rendent l'usage de la gélatine des os d'une utilité immense pour les hôpitaux et pour toutes les maisons où il y a à nourrir un grand nombre d'hommes.

Telle est, au reste, l'exagération dans laquelle on est allé dans l'opposition au système bienfaisant de M. D'Arcet, que ce savant vient de demander à l'administration des hôpitaux qu'on suspendît la fonction de son appareil à l'hôpital Saint-Louis, jusqu'à ce qu'on ait apprécié comparativement la différence des résultats en revenant à l'ancien système. Cette mesure va être adoptée, et l'on doit savoir gré à M. D'Arcet pour son complet dévoûment à la cause du pauvre, et à subir toutes les épreuves expérimentales que la raison indique dans l'intérêt de la vérité. Nous reviendrons sur ce sujet.

FAITS CRITIQUES.

—

TOXICOLOGIE GÉNÉRALE. NOUVELLE ATTAQUE DE M. ORFILA. —Dans sa défaite scientifique, depuis l'affaire de Riom, M. le doyen paraît bien malheureux, et il ne cherche que l'occasion d'exhaler sa colère. Les parquets des cours criminelles, en effet, n'envoient plus à l'Ecole de Médecine leurs paquets; ils adressent à l'Institut et aux adversaires de M. Orfila les nouvelles expertises juridiques, et M. le doyen doit s'en affliger. Nous en sommes fâché, mais nous ne croyons pas mériter les injures et les calomnies que le célèbre administrateur vient de nous déverser, nous ne dirons pas à pleines mains, mais à *plein chapeau*, dans les Annales d'Hygiène (avril) et dans les Archives de Médecine (février). Dans l'un de ces journaux, il garde l'anonyme en se cachant sous l'épiderme un peu transparent du sous-bibliothécaire de l'Ecole de médecine, M. Raige de l'Orme ; dans l'autre, il appose sa signature. Nous n'avons pas l'intention de reprendre en sous œuvre cette espèce de double factum, au fond duquel on ne voit qu'altération de faits, réticences graves, ignorance complète des principes nouveaux qui se substituent au vieux système toxicologique de M. Orfila, et des sentimens inspirés par l'espèce de déroute dans laquelle notre franche opposition, et celle des honorables savans qui ont suivi notre exemple, a jeté l'ex-roi des poisons et sa cohorte de courtisans toujours décroissante, comme celle de l'Émir des déserts. Il est cependant quelques points scientifiques auxquels nous devons répondre.

M. Orfila s'est imaginé qu'on peut traiter par de simples hypothèses les questions les plus graves qui touchent à l'honneur et à la vie des hommes; il commence donc par poser ses hypothèses, puis, s'aidant d'un raisonnement plus ou moins spécieux, souvent absurde au fond, il élève ces hypotheses au rang de faits démontrés ; il ajoute enfin quelques expériences plus ou moins inconcluantes, dirigées seulement dans le but, non de vérifier son hypothèse, mais de l'appuyer, et enfin il s'écrie : *Quod erat demonstrandum...*; et des têtes sanglantes de rouler sur l'échafaud!! Ecoutez cette étonnante logique d'un homme qui paraît préférer le travail de la spéculation mentale, à l'observation de la nature, et qui a la bonté d'appeler *avocats non patentés* les savans honorables qui voient autrement les choses que lui.

« Un individu est, dit-il, empoisonné par l'acide arsénieux, il vomit abondamment, il a des selles nombreuses, et il éprouve des accidens graves jusqu'au moment de la mort, qui a lieu quinze jours après l'empoisonnement. La portion d'acide arsénieux qui avait été absorbée a été *complétement éliminée* avec l'urine et par quelques autres voies d'excrétion pendant la maladie. » — L'analyse chimique ne retrouve aucune trace d'arsenic. — « Quelle conduite tiendra l'expert dans cette circonstance? Dira-t-il que A. est mort empoisonné? Non, certes, car on n'a pu déceler de poison. Dira-t-il que l'empoisonnement n'a pas eu lieu? Cette conclusion serait au moins aussi blamable que la précédente... Voici ce que la science lui prescrit impérieusement d'énoncer en pareil cas : *L'absence de l'arsenic ne permet pas de conclure que l'empoisonnement n'a pas eu lieu*, parce qu'on n'a analysé ni les matières vomies ni les selles, et que les organes n'ont été soumis aux investigations chimiques que lorsque tout l'arsenic qu'ils avaient pu absorber a été éliminé. *Les symptômes et les lésions de tissu s'accordent parfaitement avec ce que l'on observe le plus ordinairement dans l'intoxication arsénicale, et doivent dès-lors éveiller l'attention de la justice.* — « En déclarant que l'empoisonnement *était possible*, on laisse au ministère public le soin de faire valoir les preuves morales qui mettent hors de doute la criminalité du prévenu. L'expert a donc rendu un véritable service à la justice, qu'il aurait laissée impuissante, s'il avait adopté le principe proclamé par M. Smith. » — L'expert habile doit dire à la justice : Oui, l'empoisonnement est probable, très-probable, ou excessivement probable, malgré la non-existence d'un corps de délit. M. Orfila va même plus loin; il convertit le probable en certain, dans l'esprit du jury, par voie d'insinuation ; il leur dit : « Il y a dix mille à parier contre un que la chose est, et je me servirai d'une expression plus significative si je la connaissais, etc. »

Vous le voyez, telle est la vibratilité de cette savante imagination, que, semblable à une locomotive animée par un grand feu, elle entraîne les faits au delà des rails de la raison pour venir se fracasser contre le talus de l'erreur. D'abord, est-il vrai qu'un homme peut être empoisonné mortellement avec de l'arsenic sans qu'on retrouve de poison dans son cadavre ? Non, cent fois non ; cette hypothèse, mise en avant par M. Orfila, est complétement fausse, et les expériences qu'il a faites pour la soutenir, et publiées dans les Archives, sont tout à fait illusoires. De ce qu'un animal se débarrasse des doses non-mortelles d'arsenic, il ne s'ensuit pas qu'il en sera de même des doses mortelles. Votre conclusion est donc sans fondement. Ensuite, la justice ne vous demande pas si un tel est mort empoisonné; elle vous demande seulement s'il y a ou s'il n'y a pas de poison dans le cadavre qu'elle vous confie. Vous ne devez par conséquent répondre qu'à cette seule question ; vous dépassez votre mission, vous vous égarez vous-même et vous égarez la justice en vous mêlant d'une autre question, dont vous, chimiste, vous n'êtes pas compétent. De là une source de débats que vous soulevez vous-même avec vos prétentions mal fondées. Eh! où en serait la société, mon Dieu, si, dans un pays libre comme la France, on pouvait traduire des citoyens en Cour d'assises, et les condamner sur des données aussi hypothétiques que celles que M. Orfila voudrait faire adopter!!!

M. Orfila soutient, d'autre part, que, dans l'intoxication saturnine, il n'est pas vrai que les malades soient constipés et qu'ils ressentent leurs douleurs vers l'ombilic. Cela n'étonnera personne, lorsqu'on se rappelle que les seuls malades qu'a soignés M. Orfila sont pendus aux murs de son laboratoire; ceux-là répondent selon ses besoins, mais la nature vivante, il ne l'a jamais interrogée; dès lors il doit ignorer que si quelques sujets du livre dont il se prévaut ont pu présenter les symptômes qu'il accuse, ils étaient en même temps affectés d'autres maladies que de la colique saturnine, circonstance assez ordinaire dans les hôpitaux. D'ailleurs, M. le doyen se met par là en contradiction avec lui-même, car il se prévaut d'exemples d'intoxication lente et chronique pour argumenter dans une intoxication aiguë et mortelle; or, il a déclaré lui-même que ce sont là deux maladies différentes.

Nous laissons de côté les phrases injurieuses ou de mépris qu'il adresse à MM. Danger et Flandin, et à nous, plus particulièrement, et les banales apostrophes de M. Raige (de l'Orme); mais nous sommes étonnés de l'aveu que M. Orfila vient de laisser échapper dans les Annales d'Hygiène, relativement à l'affaire de Riom. — « Avant la première séance de la Cour, je dis à M. le président, dit-il, qu'il était à craindre que le débat scientifique ne fût scandaleux. » — Oui, nous l'avons su, le président nous l'a dit après; vous êtes allé chez lui le soir de votre arrivée, le prévenir contre vos confrères venus de Paris, pour combattre vos erreurs et vous arracher deux têtes! Vous avez manqué à votre devoir d'homme de science, de citoyen et d'expert, et nous sommes fiers pour notre part des interruptions brusques et répétées que votre dénonciation nous a values à l'audience. La vérité a triomphé, grâce à Dieu, et votre démarche restera dans l'histoire, comme l'équivalent de celle que vous fîtes personnellement en 1839 me traduisant devant le préfet de police! « *Quelle pitié*, s'écrie en dernier lieu le rédacteur des Archives; les médecins, même ceux appelés par la défense, ne devraient-ils pas abandonner à l'éloquence des avocats ces moyens puissans de sensation sur l'auditoire. » — Eh! oui, quelle pitié, en vérité, qu'un expert qui s'oublie au point d'usurper les fonctions de ministère public, et de dicter des réquisitoires au lieu de fournir les simples renseignemens que la justice réclame de la science, n'ait de meilleur avocat qu'un praticien de la force du rédacteur en chef des Archives! M. Raige (de l'Orme) déclare, au reste, que son plus grand chagrin est de voir remplacer le système des irritans de M. Orfila par les nouvelles études dynamiques que nous avons importées en France. Ne vous inquiétez pas, Monsieur, de l'avenir de la science; le système des irritans et des narcotico-acres de M. Orfila n'est pas de la toxicologie, c'est de la mécanique de cornues qui a fait son temps, et les écrits de M. le doyen resteront dans la science comme un exemple d'un monument élevé à l'erreur, sorte de momie vermoulue qu'on regarde par curiosité et qu'on ne touche plus. Quand un savant comme M. Orfila a pris Tackenius, chimiste du 17e siècle, pour un contemporain d'Hippocrate, et l'ouvrage *Hippocrates chimicus* pour un Traité de chimie d'Hippocrate, il était au bout de ses entreprises, et ce triste spectacle rappelle la hardiesse des marchands pharisiens dans le temple de Jérusalem. Si un Paracelse pouvait renaître de nos jours, il répéterait encore en face de ces bévues: « Les boucles de mes souliers en savent plus que vos écrits, et les plus faibles poils de ma barbe sont plus savans que vos quatorze volumes. » Les grandes vérités marchent d'elles-mêmes; semblables aux rayons du soleil, elles pénètrent à travers les nuages des coteries et même des intrigues sourdes de certains potentats qui se prévalent au besoin de la police, quand ils se voient terrassés par leurs adversaires scientifiques.

Les grands hommes de l'antiquité et M. Orfila. — « Le philosophe Pythagore a fait, comme tout le monde le sait, un grand éloge du chou; au reste, il n'a jamais cultivé que la théorie de la médecine. » (Fourcroy, Art de connaître les médicamens, t. I, p. 87.)— M. Orfila de son côté a fait un grand éloge de l'omelette soufflée (blanc d'œuf battu) pour guérir l'empoisonnement par le sublimé corrosif; au reste, sans être philosophe comme Pythagore, il n'a, lui aussi, cultivé que de loin la médecine.

— Le médecin Sérapion, le chef de la secte des Empyristes, administrait beaucoup comme médicament la fiente de crocodile, les testicules d'ours, le pénis du chien et le cœur du lièvre. (Ibid. p. 96.)—M. Orfila conseille vivement l'usage de l'eau de seltz pour faire sortir les poisons par le canal de l'urètre. Autrefois il se faisait fort de tuer les poisons dans l'estomac, à l'aide de ses neutralisans chimiques. Aujourd'hui ses cornues ont cessé de faire des miracles de ce genre.

— Dans le commencement du 16e siècle, Béranger de Carpi guérit le premier la vérole avec les frictions mercurielles. Ces cures lui acquirent une fortune immense; et Ramazzini a dit avec raison de ce chirurgien qu'il a su véritablement fixer le mercure en or. » (Ibid. p. 112.) — M. Orfila, sans avoir jamais fait aucune de ces cures, a résolu un problême analogue par la seule puissance de sa voix.

— « A la fin du 13e siècle, Arnaud de Villeneuve, né en France, découvrit, dit-on, l'esprit de vin, l'huile de térébenthine, les eaux odorantes et quelques acides minéraux. » (Ibid. p. 110.) — M. Orfila a découvert le soi-disant arsenic normal, et un *corps jaune* dans l'acide nitrique; ce corps jaune n'était autre chose en définitive que du soufre! (Raspail.)

— Plusieurs journaux ont parlé dernièrement de la retraite probable de M. Orfila comme doyen de la Faculté. Sa démission serait motivée par un procès en séparation, dont le dénoûment amoureux aurait pour héros l'illustre doyen. En ce cas le célèbre toxicologue mourrait victime de deux terribles poisons à la fois, l'arsenic et l'amour!

BIBLIOGRAPHIE.

Recherches sur le traitement médical des tumeurs cancéreuses du sein; *ouvrage pratique, basé sur* 300 *observations, avec* 3 *planches et une statistique sur la fréquence de ces maladies*; suivies de la discussion qui vient d'avoir lieu à l'Académie de médecine sur le même sujet; par le docteur Tanchou. 1 vol. in-8°. 1844. Prix 4 fr. 50 c. A Paris, chez G. Baillère, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17.

— Recherches et Observations sur les causes des maladies scrofuleuses; par M. Lugol, *médecin de l'hôpital St-Louis*. 1 vol. in-8°. 1844. Chez Fortin, Masson et Ce, place de l'Ecole-de-Médecine, 1.

IMPRIMERIE DE E. BRIÈRE, RUE SAINTE-ANNE, 55.

Deuxième Année. Ce Journal paraît le 1er de chaque mois. N° 3.—Juin 1844.

ANNALES DE THÉRAPEUTIQUE

MÉDICALE ET CHIRURGICALE,

ET

DE TOXICOLOGIE.

PUBLIÉES PAR

M. le DOCTEUR ROGNETTA,

Ancien Rédacteur de la *Gazette Médicale* et de la *Gazette des Hôpitaux*.

Cette publication a pour but d'approfondir l'étude des Médicamens, des Poisons, des Eaux minérales, et de faire connaître avec exactitude la Pratique des Hôpitaux de Paris.

(REVUE MENSUELLE DES HÔPITAUX.)

L'abonnement est de
Pour Paris..... 10 fr.
Pour la Province 12
Pour l'Etranger. 14

ON S'ABONNE A PARIS
Chez
LE RÉD. EN CHEF,
Rue des Petits-Augustins, 15 bis.

« Pour moi, je crois qu'un seul homme peut embrasser toutes les parties de l'art; et, puisqu'on les a divisées, je fais » surtout cas de celui qui réunit le plus de connaissances qui le concernent. »

(CELSE, liv. 7. c. 1.)

ETUDES SUR LES EAUX MINÉRALES.

—

« Les eaux minérales sont une richesse dont on doit compte à l'humanité.

» ALIBERT.»

QUELQUES CONSIDÉRATIONS SUR LES EAUX MINÉRALES DE L'AUVERGNE, *et sur celles de Vichy en particulier*; par M. Lecoq, professeur d'histoire naturelle à Clermont.

Dans un moment où les esprits se préoccupent assez vivement de la découverte que l'on vient de faire dans nos contrées de nouvelles sources minérales, nous croyons pouvoir énoncer quelques notions géologiques, qui peut-être auront un certain degré d'utilité, soit en provoquant des recherches, soit en empêchant des tentatives infructueuses. On confond quelquefois les sources minérales avec les fontaines ordinaires; mais il existe entre elles de très-grandes différences. Ces dernières, résultat des eaux de pluie ou de l'absorption directe des nuages et des brouillards par des montagnes poreuses, coulent entre les couches du sol, suivent les pentes, et viennent déboucher par toutes les issues qui leur sont ouvertes : telles sont nos belles nappes d'eau vive qui s'échappent à Saint-Vincent, à Fontmort, à Royat, à Saint Geniès-l'Enfant, et marquent généralement à leur sortie la température moyenne du terrain qu'elles traversent. Souvent ces sources partagent leurs eaux entre diverses issues, et ce qui sort par l'une de ces ouvertures manque nécessairement à l'autre. Pour les eaux minérales, l'origine n'est pas la même. Ce sont des eaux qui, pénétrant dans l'intérieur du globe à des profondeurs inconnues, s'échauffent, par la chaleur centrale, à ce vaste foyer qui fond les laves, et les déverse ensuite sur la terre par les volcans, et qui remontent ensuite, chassées par du gaz, de la vapeur, et imprégnées de différentes matières qu'elles ont été chercher, comme des sondes immenses, sous la croûte des terrains primitifs qui recouvrent l'Auvergne. Ces sources sont donc indépendantes des pluies, des variations atmosphériques et du climat ; elles prennent naissance au-dessous des terrains primitifs ; il est donc impossible d'aller les chercher dans leurs foyers, et l'on doit se contenter dans leur recherche de découvrir leur issue sous les terrains secondaires ou tertiaires qui les recouvrent. Un fait très-curieux en Auvergne, c'est l'alignement de presque toutes ces sources sur deux séries, qui ont à peu près la direction nord-sud, direction qui, du reste, est presque celle de la Limagne, celle de l'Allier, des filons, des montagnes volcaniques, et même des bassins houilliers, et qui, par cela même, est des plus remarquables. Une de ces lignes longe la base des montagnes granitiques qui font escarpement sur le bord occidental de la Limagne. St-Myon, Gimeaux, Rouzat, Chatelguyon, Enval, St-Allyre, St-Mart, St-Nectaire, marquent des points différens sur cette première série. La seconde suit le cours de l'Allier : Vichy, Vaisse, Hauterive, St-Yorre, Médagues, Ste-Marguerite, le Tambour, et une foule d'autres filets situés sur l'une et l'autre rive, souvent même dans le lit et sous les eaux de l'Allier, constituent une longue ligne, un peu sinueuse, comme le cours même de la rivière, mais dont la direction est aussi sensiblement constante. Il est évident que deux grandes fractures, opérées dans le terrain primitif, ont livré passage à ces eaux, et qu'elles sortent de terre par des points différens, mais alignés.

Il est curieux de remarquer que presque toutes les sources de la première série, celles qui sourdent à la base des montagnes, sont ferrugineuses et calcarifères, tandis que celles qui suivent le cours de l'Allier sont presque toutes alcalines, bien qu'autrefois elles aient déposé du carbonate de chaux, comme le témoignent les amas de travertin que l'on trouve aux

Célestins de *Vichy*, à *Médagues*, aux *Martres*, etc. C'est donc sur ces deux lignes que les recherches d'eaux thermales peuvent être tentées. Là seulement on peut espérer un succès, car ailleurs il y a bien peu de chances de réussir. Il existe, il est vrai, des sources hors de ces deux directions, telles que le *Mont-Dore*, *Châteauneuf*, *Néris*; mais des recherches faites dans ces localités seraient évidemment livrées au hasard, et très-probablement infructueuses. Les sources appartenant aux deux grandes lignes dont nous venons de parler indiquent encore les ouvertures par lesquelles sortait autrefois cette énorme quantité de carbonate de chaux qui s'est déposé dans la Limagne, et a formé ces puissantes assises de marne, à mesure que l'eau abandonnait à l'atmosphère l'excès d'acide qui dissolvait la chaux. Ainsi se forment encore de nos jours les dépôts calcaires de *Saint-Nectaire*, de *Saint-Allyre*, et des nouvelles sources de *Saint-Mart*. Il est donc tout naturel que des dépôts aussi puissans aient bouché la plupart des issues dont ils tiraient primitivement leur origine, et que leur poids, leur superposition, leur perméabilité ou leur propre densité, aient permis à certaines sources de les traverser, à d'autres de s'infiltrer, et se soient complétement opposés à la sortie de quelques-unes. S'ensuit-il que toutes ces sources soient perdues, et que des recherches faites sur les deux alignemens que nous avons indiqués ne puissent les mettre encore au jour, et nous faire jouir de leurs eaux? L'expérience confirme en tout point cette théorie, que nous avions déjà publiée il y a longtemps. Les nouvelles fontaines de Saint-Mart n'ont-elles pas été ouvertes sur la ligne qui forme notre première série? Les nouvelles sources de Vichy, de Vaisse et d'Hauterive n'ont-elles pas jailli sur l'alignement de la seconde? Il est vrai que, se basant toujours sur la théorie des sources naturelles ou ordinaires, on n'a pas manqué de dire qu'une source minérale ouverte dans une localité enlevait une portion d'eau aux sources déjà existantes, quoique les faits soient en opposition manifeste avec cette manière de voir. Ainsi, les découvertes faites à Saint-Mart, et qui ont amené une des belles sources de l'Auvergne, n'ont pas enlevé un litre d'eau au bain de César, qui est à côté; ainsi, le coup de sonde donné à Vichy avec tant de succès et d'habileté, près des sources qui existaient depuis longtemps, a doté le pays d'une nouvelle fontaine, sans emprunter un filet d'eau aux sources de l'établissement, sans nuire à leur volume, à leur composition, à leur température, quoique des idées contraires se soient suffisamment accréditées dans le pays et au loin, pour porter atteinte à la réputation si bien méritée de ces thermes. Des étrangers qui entendront dire qu'une issue nouvelle enlève une grande quantité d'eau aux anciennes sources, hésiteront avant de se rendre sur les lieux. Si cependant on disait à ces personnes qu'il est nécessaire, pour que la nouvelle source enlève une portion de liquide aux autres, qu'il y ait communication entre elles, on admettrait sans peine, nous le croyons, la vérité de cette assertion. Une fois admise, il semblerait peut-être singulier de voir deux sources en communication, dont l'une élève ses eaux à 10 mètres, et même à 15 ou plus, sans que le niveau de l'autre augmente d'un centimètre. Comment ce miracle s'opère-t-il? comment deux tubes qui communiquent offrent-ils, dans l'ascension de la colonne de liquide, de si grandes différences de niveau? Nous ignorons le moyen qu'emploie la nature à Vichy pour agir autrement qu'ailleurs. On nous répondra sans doute que la dilatation produite par l'expansion de l'acide carbonique est la cause qui élève les eaux, et leur permet de se soustraire aux lois de l'hydrostatique. Mais cet acide appuie, presse et comprime des deux côtés, et devrait produire le même effet sur toutes les sources qui seraient en communication. Si on nous dit qu'à la longue les canaux naturels qui amenaient l'eau au puits Carré se sont rétrécis, ce qui peut arriver, nous en conclurons que l'eau comprimée doit jaillir avec plus de force quand les orifices sont étroits, et qu'elle doit s'élever à la même hauteur que celle du puits foré.

Quand on compare l'analyse de l'eau de la nouvelle source avec celle des différentes fontaines de Vichy, on trouve des différences assez grandes dans la composition, comme dans la température, pour admettre, sans être pour cela très-logicien, que les eaux n'ont aucune communication souterraine. Et, d'ailleurs, comment se fait-il que l'idée de faire naître les eaux de Vichy d'un seul bassin soit venue si tard, quand jamais on n'a fait la supposition que les eaux de la Grande-Grille, du puits Carré, du puits Chomel, de l'Hôpital et des Célestins pouvaient provenir d'une même nappe souterraine? On les a regardées, avec raison, comme très-analogues, mais non identiques, et pourtant l'analyse n'y a pas démontré de bien grandes différences. Quant aux jaugeages entrepris à Vichy, nous ne voyons pas quelle peut être leur valeur dans une semblable question. Il eût fallu un grand nombre de mesures antérieures pour que celles qui s'exécutent maintenant puissent offrir quelques données comparatives. On n'a pas fait de trou de sonde près des Célestins, et le volume des eaux a considérablement diminué depuis plusieurs années. On a fouillé le sol très-récemment à la source Lucas, et une source abondante a remplacé un mince filet, malgré la fontaine artésienne, qui doit tarir toutes les sources des environs. Nous n'entrerons pas dans une foule de détails assez curieux sur les sources thermales de Vichy; nous les avons consignés, en 1836, dans un ouvrage spécial sur cette localité. Nous avons cherché seulement à ramener une question assez grave à son véritable point de vue, et à trouver dans l'étude géologique du sol de l'Auvergne des renseignemens positifs sur la recherche des eaux thermales. Nous espérons aussi que ces observations dissiperont les craintes peu fondées qui avaient répandu une espèce d'alarme parmi les habitans de Vichy.

DE L'ACTION DYNAMIQUE DES EAUXS ULFUREUSES. —Il y a tant à dire sur les généralités de cette importante famille d'eaux minérales, qu'on ne doit pas s'étonner de nous voir arrêter si longuement sur ces composés. Nous avons déjà posé les principes d'après lesquels le praticien doit se régler pour conseiller ou déconseiller l'usage des eaux sulfureuses, et nous avons développé, par des exemples pratiques, l'application de ces principes. Nous avons promis de compléter ce développement; nous tenons notre engagement en reprenant l'examen des faits cliniques. Après les affections chirurgicales et les dermatoses dont nous avons parlé, se présentent des maladies d'un autre ordre, et d'abord les rhumatismes et la goutte. Il n'est pas de source sulfureuse thermale ou athermale, de brochure, de livre relatifs à ces établissemens, qui ne *chante* (qu'on nous passe cette expression) les merveilles, les résultats prodigieux qu'on y obtient tous les ans contre ces maladies. Dernièrement encore, M. A. Bertrand a publié dans le journal de la Société de médecine de Montpellier (avril) une longue série d'observations de ce genre en faveur des sources de Vernet-les-Bains. Bien que le fond de tout cela soit exact, il y a exagération, erreur même, de croire que de pareilles propriétés curatives soient dévolues plus spécialement à une source sulfureuse qu'à une autre. Il y a, sous ce rapport, identité parfaite, non-seulement aux sources sulfureuses, mais aussi à toutes les sources minérales indistinctement, froides ou chaudes, salines ou ferrées, alcalines ou iodées ou d'autre espèce, et cela non parce qu'il y a ici tel composé, là tel autre, auquel on attribue les résultats qu'on observe, mais bien parce qu'il existe dans toutes les eaux minérales un principe commun d'action; ce principe est celui qui appartient à tous les corps inorganiques, à tous les composés minéraux qui, inassimilables par leur nature, opèrent comme corps hétérogènes dans l'économie, troublent les fonctions et affaiblissent les forces organiques; de là, un effet hyposthénisant général. Reste cependant l'action élective qui est toujours du même genre, ainsi que nous l'avons souvent dit, et qui veut être étudiée à part; c'est là, surtout, que se distingue le savoir du médecin dans les applications spéciales des eaux minérales. Croyez-vous que les Anglais, par exemple, que le climat ingrat de leur pays et les habitudes hygiéniques exposent si grandement aux affections rhumatismales et goutteuses, et dont le sol ne possède presque pas de sources minérales *thermales*, croyez-vous, disons-nous, que par leurs eaux minérales salines auxquelles ils se rendent en foule en été comme en hiver, au printemps comme à l'automne, à Bath, à Buxton, à Clifton, à Harrowgate, à Cheltenham, à Brighton, à Leamington, à Scarborough, etc., ils ne retirent point de grands avantages pour le soulagement ou la guérison de ces maladies? Que les richards de l'Angleterre viennent tremper leurs chairs dures et alcoolisées dans les eaux continentales, rien de mieux, pour eux-mêmes d'abord; mais qu'on ne vienne pas s'extasier, imprimer des apologies ridicules sur les prétendues propriétés toniques, revulsives, de telle ou telle source sulfureuse. Voyez Wisbaden, voyez Vichy, Bourbonne-les-Bains, le Mont-d'Or, Plombières, Chaudes-Aigues, Balaruc, etc.; elles guérissent tous les ans ou soulagent tout autant ou plus de rhumatisans et de goutteux, de paralytiques ou de blessés que vos eaux sulfureuses. L'histoire, d'ailleurs, est là pour nous apprendre que les armées romaines, qui mettaient partout les eaux minérales en honneur dans les pays qu'elles conquéraient, s'en servaient indistinctement, quelle que fût leur composition, à peu près dans les mêmes maladies, et toujours avec un avantage plus ou moins marqué. Il ne s'en suit pas qu'il ne faille faire de distinction parmi les eaux minérales, ou que des corps différens produisent les mêmes effets. Loin de là; on verra, quand nous arriverons aux distinctions à établir parmi les eaux minérales des deux continens, et, en particulier, de celles de France, combien nous tenons à l'action élective, et, par conséquent, à la caractérisation spéciale de chaque source; cela cependant n'empêche pas de reconnaître un principe d'action commun. Nous savons bien que, d'après les idées reçues, cela répugne souverainement; cependant, remarquez bien, ceux-là même qui se vantent d'éclectisme, de rationalisme, n'ont pas craint d'admettre dans toutes les eaux minérales une double action, l'une soi-disant tonique, excitante et révulsive, ce qui est absurde, l'autre *sui-generis*, ce qui ne signifie rien, et l'on croit avoir fait ainsi de la science avec de grands mots. Nous disions qu'une action réputée excitante et révulsive impliquait contradiction, car ce qui excite réellement, congestionne et dessèche, les secrétions ne pouvant s'accomplir tant qu'il y a afflux excessif dans les organes; la peau est sèche, en effet, quand les organes intérieurs sont excités ou congestionnés; mais tel est l'entraînement pour ces vieilles rapsodies sucées sur les bancs écornés des écoles, qu'on croit déjà porter la barbe d'Esculape et le caducée de la sagesse quand on est parvenu à formuler les grands mots, et l'on affecte un superbe dédain pour tout ce qui appelle à un nouvel examen sans prévention. Pour la routine, guérir ou améliorer un rhumatisme ou une goutte, c'est faire suer, ouvrir les robinets des pores dermiques et chasser ainsi le mal par révulsion. Pour nous, au contraire, c'est combattre une phlogose chronique, principalement de l'arbre vasculaire (V. Ann. de Thér., t. 1er, p. 241), c'est agir antiphlogistiquement et provoquer, ou non, des secrétions, ce qui n'est pas du tout la même chose, ni indifférent pour les applications pratiques. Il ne s'agit pas seulement d'une question de doctrine; en ce cas nous ne nous y serions pas arrêté. Il est clair que si l'action hyposthénisante vasculaire est celle qui convient au rhumatisme et à la goutte, il importe de chercher dans quelles eaux cette action élective est le plus prononcée, pour en prescrire préférablement l'usage, dans certains cas rebelles surtout. Cette question nous occupera d'une manière spéciale en temps et lieu.

Disons, pour le moment, que si les eaux sulfureuses sont utiles dans ces maladies, ce n'est pas parce qu'elles sont chaudes ni qu'elles contiennent du soufre, mais bien parce qu'elles renferment des principes salins et acides, dont l'action élective hyposthénisante porte principalement sur l'arbre vasculaire.

Prenons une autre classe de maladies dans lesquelles les eaux sulfureuses sont prescrites journellement avec un avantage réel, nous voulons parler des affections syphilitiques secondaires et tertiaires. Encore ici on invoque la prétendue stimulation révulsive, puis le mot *sui-generis* sauve tout. Constatons d'abord les faits avant de nous occuper de leur signification. Est-il vrai qu'on guérit ces maladies aux eaux minérales sulfureuses? On ne saurait en douter pour certains cas; les faits publiés avec détail, et ceux que nous avons observés nous-même, ne laissent rien à désirer à cet égard, mais on a trop généralisé, selon nous, et la vérité nous force de dire que souvent ces eaux restent au-dessous du mal, bien qu'elles soient toujours utiles, à moins d'aider leur action par des remèdes appropriés tirés de la pharmacie, ainsi que M. Despine le fait à Aix en Savoie, et d'autres ailleurs. Dans l'état actuel des connaissances, la syphilis ne s'offre, au point de vue dynamique, que comme une phlogose-spécifique, exigeant des remèdes hyposthénisans divers dans ses trois périodes. La vérole primitive cède, comme on sait, aux hyposthénisans communs, aux antiphogistiques ordinaires le plus souvent; des modificateurs particuliers cependant sont nécessaires dans beaucoup de cas. La syphilis secondaire ne s'écarte pas de l'enveloppe dermique, ainsi que nous l'avons vu dans un article précédent; elle sillonne plus particulièrement les systèmes lymphatique, crypteux et capillaire de cette enveloppe, et donne naissance à des éruptions, à des engorgemens, à des érosions de diverses formes. Des hyposthénisans à action élective deviennent alors indispensables pour la guérison; mais cela ne veut pas dire que les antiphlogistiques communs soient inutiles ou nuisibles, car la condition pathologique, l'état dynamique, ou la nature de la maladie, n'a pas changé. Dans cette période, les eaux sulfureuses, surtout celles qui contiennent de l'iode, comme les salines et les alcalines, sont d'un précieux secours, en vertu de leur action hyposthénisante élective sur le derme; mais, nous le répétons, cette action peut être insuffisante quand le mal est intense, aussi arrive-t-il qu'on soulage seulement certains malades sans les guérir. Dans la syphilis tertiaire, le mal a marché plus profondément, il a franchi le derme et envahi le tissus albuginé ostéogène; l'indication fondamentale n'a pas changé, mais des moyens électifs sont nécessaires; on a recours à l'iodure de potassium. Les eaux sulfureuses sont toujours utiles, surtout si elle contiennent de l'iode; mais elles ne sauraient suffire à elles seules pour la guérison. En conséquence, il faut savoir à quelle variété de syphilis on a affaire quand on prescrit les eaux en question, et tout ce qu'on peut espérer de leur action. Nous devons ajouter que si l'on fait prendre ces eaux à une température élevée, on exaspère beaucoup la maladie, et l'on voit, sous l'action stimultante du calorique, des accidens déjà apaisés se renouveler; c'est ce qui explique, selon nous, les observations recueillies, dans ces derniers temps, à l'hôpital militaire des thermes sulfureuses de la ville d'Acqui, en Piémont.

« C'est une opinion généralement reçue, dit l'auteur, que les eaux sulfureuses, loin d'être utiles, sont nuisibles dans la syphilis. Cette opinion est basée sur des faits, et elle est vraie jusqu'à un certain point; il ne s'en suit pas qu'elle soit exacte dans tous les cas. Voici ce que l'observation clinique nous a appris à cet égard, dans notre hôpital militaire : 1° chez le plus grand nombre de soldats qui portaient encore quelques restes larvés de vérole, les eaux ont reproduit la maladie avec son caractère d'acuité primitif (les eaux d'Acqui sont extrêmement chaudes, presque bouillantes); 2° chez d'autres, le mal ne reprenait pas la forme primitive, mais les symptômes existans ou apaisés s'exaspéraient, tels que les douleurs nocturnes par exemple (les bains chauds produisent le même effet); 3° chez quelques autres, la maladie avait été rebelle aux traitemens mercuriels les plus méthodiques; traitée ensuite par nos eaux, elle est passée à la suppuration et s'est terminée heureusement; 4° dans d'autres cas, les malades ont été envoyés aux eaux avant d'avoir complété leur traitement mercuriel; les bains et les boues ont fait rétrograder le mal, les douleurs ont reparu avec vivacité, de sorte qu'il a fallu recommencer le traitement spécial; 5° chez ceux au contraire dont les symptômes avaient été bien combattus, et qui étaient convalescens, faibles, les eaux et les boues ont fortifié l'organisme et achevé heureusement la résolution des engorgemens; 6° les militaires, enfin, chez lesquels le virus avait attaqué les tissus blancs, ligamenteux, osseux, ou les articulations en particulier, les pieds, le calcanéum, et où les mercuriaux s'étaient montrés insuffisans, les bains et les boues de nos sources les soulageaient, mais ne les guérissaient pas; néanmoins ils les mettaient dans de telles conditions, qu'en subissant un nouveau traitement mercuriel ils guérissaient promptement ensuite, tandis qu'ils ne guérissaient pas sans l'action des eaux. » (Granetti, Cenni sulle terme d'Acqui, 1841.)

Dans une autre catégorie de malades qu'on adresse aux eaux sulfureuses se présentent les affections chroniques de la poitrine (toux, phthisie, asthme, etc.) Encore ici presque toutes les sources, autres que les sufureuses, revendiquent pour elles des bienfaits, des cures en grand nombre, ce qui confirme les réflexions que nous venons d'exposer. Cependant il est des affections de ce genre, telles que le catarrhe chronique et les laryngites dans lesquelles l'effet des eaux sulfureuse est plus marqué, ce qui tient à leur action élective sur le système dermique externe et réfléchi. La condition pathologique de ces affections réside, comme on sait, dans une phlogose chronique de la muqueuse, en particulier des cryptes qui règnent dans son tissu; l'eau minérale hyposthénise précisément ces parties : elle rend les crachats faciles, diminue l'irritation et la toux, et finit par enlever la maladie. Elle en fait autant dans les leucorrhées catarrhales, surtout si l'on joint à l'action dynamique celle des injections dans le lieu malade. Quant aux affections asthmatiques, l'observation a appris qu'on n'obtenait des effets réellement favorables que dans les cas seulement dépendant d'artérite aortique. De grandes précautions sont nécessaires dans ces occurences pour régler la température de l'eau au point convenable. Il nous resterait, enfin, à analyser la valeur des cures de paralysies et de scrofule qu'on obtient à l'aide des eaux sulfureuses : l'occasion ne nous manquera pas de reprendre en sous-œuvre cette importante question.

DOCUMENS HYDROLOGIQUES.

—.

Les eaux de Carlsbad et l'éléphantiasis.—On trouve, dans le tôme Ier des Actes de la Société des médecins de Vienne, publié en 1842, un cas extrêmement remarquable d'éléphantiasis guéri à l'aide des eaux de Carlsbad, par le docteur de Wirer, et que nous devons enregistrer dans nos colonnes. On sait que ces eaux sont de la famile des salino-thermales, alcalines, martiales et acidules à la fois, à l'instar de celles de Plombières, de Chaudes-Aigues, de Balaruc, et peu différentes de celles de Bourbonne-les-Bains et de plusieurs autres qu'on rencontre partout dans le territoire français. Nous faisons à dessein cette remarque pour détruire le préjugé dans lequel on est de croire qu'il n'y a que les eaux sulfureuses qui soient capables de guérir les maladies rebelles de la peau. Cette observation démontre de la manière la plus évidente l'action dynamique, hyposthénisante, des eaux dont il s'agit — Une petite fille, âgée de dix ans, est née de parens haut placés, d'un père goutteux et d'une mère qui est morte d'un cancer à l'utérus. En naissant, sa peau était de couleur mulâtre. Ses parens l'ont confiée à une nourrice jeune, saine et bien portante, et l'ont fait élever avec tout le soin possible. Le père et la mère étant morts, l'enfant s'est trouvée héritière d'une grande succession; de grands soins, par conséquent, ont dû être pris pour sa parfaite croissance. Arrivée cependant à l'âge de deux ans, sa peau était toujours âpre, sèche et sordide; les bains simples n'étaient pas tolérés. Cet état a empiré de plus en plus, mais les viscères paraissaient fonctionner normalement. Appétit vorace, déjections alvines abondantes et très-fétides. La peau est de plus en plus foncée, se couvre d'inégalités tubéreuses, de poils et de squames très-sèches. Des remèdes divers sont employés inutilement; les bains simples occasionnent chaque fois une diarrhée longue et incommode. Vers la septième année, l'éléphantiasis paraît arrivée au maximum de son développement; non-seulement la peau du tronc est couverte de ces hideuses végétations, mais aussi celle des membres, des oreilles, du nez, des mains, des pieds. A l'âge de dix ans, la petite malade a commencé à maigrir, sa peau s'est ratatinée comme celle d'une momie, tout en restant couverte de gros nœuds et de poils épais; pas de fièvre. Comme dernière ressource, M. de Wirer a proposé, de concert avec plusieurs médecins consultans, l'usage des eaux de Carlsbad. On a donc fait voyager la malade dans une chaise à porteurs, ce qui a été extrêmement dispendieux; M. de Wirer l'a accompagnée. Arrivée à Prague, on croyait qu'elle allait succomber; des consultans ont été appelés partout où l'on a passé. Enfin l'on est arrivé à Carlsbad. M. de Wirer, qui avait autrefois expérimenté l'efficacité de chacune des sept sources de l'établissement, n'a pas craint de commencer par celle dite de *Sprudel*, la plus énergique de toutes; il a commencé par en donner une seule cuillerée chaque demi-heure, jour et nuit; puis cette dose a été doublée. Le septième jour, des sueurs générales et des urines fétides se sont manifestées avec un sédiment foncé. On a élevé la dose de l'eau, l'enfant a commencé à prendre des forces. Vers la troisième semaine, des accès de fièvre se sont déclarés, puis des secrétions abondantes par toutes les membranes muqueuses. La peau a commencé à se dépouiller çà et là de quelques énormes croûtes qui ont tombé avec leurs poils correspondans le système musculaire se dégourdit. Après la quatrième semaine, la petite malade a pu aller de son propre pied jusqu'à la source; mais son aspect était encore si repoussant qu'on ne lui a permis d'y retourner qu'aux heures où peu de monde pouvait la voir. Vers le cinquantième jour, la peau était déjà dépouillée de toutes les croutes, mais celle de la figure était encore brunâtre; la maigreur disparaissait; enfin, petit à petit, la santé générale s'est rétablie à son tour. L'année suivante, on est retourné aux sources bienfaisantes, et la cure a été complétée heureusement. La grande fortune de cette jeune personne lui a fait trouver un mari; elle est devenue enceinte et elle est morte d'une maladie aiguë avant d'accoucher. Nous le demandons, où est l'action tonique et révulsive que la routine attribue aux eaux minérales? L'eau a guéri cette horrible maladie par la seule administration interne, et à petites doses répétées, par la seule action dynamique. On veut que ce soit de l'excitation; mais on ne réfléchit point que les excitans, dans de parcilles occurrences, non-seulement exaspèrent la maladie, mais aussi conduisent promptement les malades au tombeau. Cette belle observation ne doit point être perdue pour les médecins hydrologues; elle est riche en inductions pratiques, et il n'est pas nécessaire d'aller si loin pour observer des faits de cette importance. Que quelques spécialistes dermatologues ne viennent donc pas s'extasier sur les merveilles des eaux sulfureuses à l'exclusion d'autres qui pourraient rendre des services de la plus grande valeur.

Les eaux de René (département de la Sarthe) et la barégine. — On ne sait pas tout ce qu'il y a de richesse inexploitée en eaux minérales sur le sol de France. Nous avions, dans un premier relevé, compté jusqu'à huit cents sources exploitées officiellement. On pourrait, cependant, en citer plusieurs centaines d'autres, non moins importantes par leur composition, abandonnées à la nature, et qui se perdent dans les champs ou dans des terrains incultes. De ce nombre est celle de la commune de René que M. Desnos, pharmacien à Alençon, a étudiée et fait connaître dernièrement par une note qu'il a communiquée au congrès scientifique tenu au Mans. Il résulte de ce travail que cette eau est salino-alcaline, comme celles de Contrexeville, de Plombières, de Bussang, etc, et qu'elle jouit des mêmes propriétés. Jusque là il ne s'agit que d'un fait isolé; mais M. Desnos a fait, à l'occasion de cette eau, une remarque générale qui intéresse autrement l'hydrologie; il a vu, en traitant l'eau par le bichlorure de mercure, que la matière appelée *barégine* qui s'y trouve en très-grande quantité et qui reste en partie longtemps dissoute dans le liquide, se comportait exactement comme le blanc d'œuf; l'analyse de la matière isolée ne lui a pas montré d'ailleurs de différence avec cette dernière substance. Il a fait les mêmes remarques sur les eaux de Bagnoles (Orne) dont il est propriétaire. D'où il a été porté à conclure que la matière animalisée amorphe ou gélatineuse qu'on trouve dans ces eaux, et qui est incontestablement la même que celle qu'on rencontre à Barège et dans la plupart des sources en général, participe en même temps de l'albumine et du bitume dont elle répand, en effet, sensiblement l'odeur par la combustion à l'air libre. L'auteur l'a appelée, à cause de cela : *gélatine minérale*, nom plus générique et plus expressif assurément que celui de *barégine*. Selon M. Desnos, la *sulfuraire*, que M. Fontan a signalée dans les eaux des Pyrénées, ne serait qu'une modification de la gélatine

minérale par le contact de l'air qui la transforme en conferves et en végétations floconneuses. Consécutivement, ces végétations forment les dépôts jaunes ocracés qu'on rencontre dans les bassins. (Congrès scientif. de France, 7e session, p. 256.)

Eau commune. — « Les Grecs et les Romains regardaient l'eau comme une médecine universelle. Boerhaave dit qu'elle fortifie les intestins, purifie tout, préserve des fièvres aiguës ; qu'elle est le meilleur médicament pour un sujet trop maigre, ou qui a trop de bile ou trop d'acreté dans les humeurs. L'eau n'éteint pas la vivacité du génie. Démosthènes, que Longin comparait à la foudre ou à une tempête, ne buvait que de l'eau. Il semble que César n'a bu que de l'eau : Caton disait de là qu'il fut le seul qui eût su renverser la république par sa sobriété. Tiraqueau ne buvait que de l'eau ; et malgré cela eut quarante enfans et fit autant d'ouvrages). (Zimmermann, *Traité de l'Exp.*)

Dangers d'un bain trop chaud. — «A Balaruc, il y a deux sortes de bains en usage : l'un se prend dans la source même, dont la chaleur est au 42° Réaumur; l'autre est plus doux, on l'appelle *le bain de la cuve*, sa chaleur ne va pas au delà de 38° ou 39°. Celui-ci est plus en usage que l'autre; il n'est pas possible aux personnes les plus robustes de rester plus de 15 minutes dans le bain tempéré, et plus de 5 dans le plus chaud. A peine le malade est-il entré dans ce dernier, que son pouls devient aussi fort, aussi fréquent et aussi animé qu'il l'est ordinairement dans la plus grande chaleur de la fièvre ; son visage se colore, s'enflamme et se couvre de sueur. S'il reste dans le bain au delà de cinq minutes, le pouls devient faible et irrégulier; il survient un tintement d'oreilles, des vertiges noirs, et tous les autres symptômes qui précèdent ordinairement les attaques d'apoplexie.» (Raulin, *Traité analyt. des eaux min.*, p. 180.)

Eaux iodées. — Le docteur Kirschleger vient de publier quelques détails intéressans sur les eaux de Sultz-les-Bains (Alsace), dans lesquelles le chimiste Kopp a découvert l'existence de l'iode et du bronze. Il s'agit d'eaux salino-ferrées, froides.

Absorption élective. — Il résulte d'un travail expérimental, aussi intéressant que neuf, que vient de publier M. le docteur Barthez, que les corps médicamenteux ou autres qu'on introduit dans l'économie ou qui se trouvent en rapport avec les tissus vivans ne sont pas absorbés indifféremment par les vaisseaux lymphatiques ou les veines, chacun de ces deux ordres de vaisseaux étant doué d'une force absorbante élective, pour ainsi dire. On comprendra cet énoncé par la lecture des conclusions suivantes du travail de M. Barthez. « Il est possible de démontrer, dit-il, par l'étude des faits : 1° que les vaisseaux lymphatiques sont destinés à l'absorption et à la résorption des substances animales, et les vaisseaux veineux, à l'absorption et à la résorption des matières de nature végéto-minérale ; 2° et conséquemment que l'absorption lymphatique est une fonction à la fois élaboratrice et assimilatrice, tandis que l'absorption veineuse est une fonction purement mécanique, sans rapport avec l'assimilation et la nutrition. » — Ces observations, si elles sont exactes, conduisent à des conséquences tout à fait inattendues pour la physiologie des intoxications et des inoculations.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Du traitement interne des anévrismes, *considérés comme conséquence de phlogose lente*; *par M. Tommasini, professeur de clinique et proto-médecin à Parme.*

Il y a longtemps déjà que je crois avoir démontré, dans une brochure intitulée : *De la part que prend le cœur dans la circulation du sang* (Parme, 1794), combien les lois de la mécanique et des résistances physiques étaient peu applicables aux corps organisés vivans. Tout en m'éloignant de l'opinion de Haller et de Spallanzani, à cet égard, je déduisais des expériences mêmes de ces grands observateurs que les artères jouissent d'une action propre, indépendante du cœur. Je ne trouvais pas, dans les lois de la mécanique, la raison de la marche ascendante de la lymphe dans les vaisseaux lymphatiques, l'attraction capillaire ne pouvant s'exercer à cause de l'obstacle qu'opposent leurs constrictions valvulaires, et j'étais, par là, conduit à admettre une action dynamico-vitale dans la fonction absorbante de ces vaisseaux et des veines, propriété commune à toutes les parties organisées vivantes, et presque élective dans les pores qui absorbent telle matière plutôt que telle autre. D'après ma manière de voir, l'énergie vitale de chaque partie de l'organisme, tout en exerçant une influence incessante sur l'ensemble de la constitution, ne tire sa propre énergie, son activité, son action que d'elle-même, de sa propre organisation et des stimulus qui agissent sur elle, et cette énergie, cette activité, cette action augmente souvent par maladie. Dans le système nerveux lui-même, je trouvais l'application de la même loi, puisque l'on trouve dans chaque nerf, dans chaque rameau, dans chaque ganglion une manière d'être particulière qu'on ne pourrait logiquement faire provenir d'une source commune, le cerveau. Chaque organe, chaque système d'organes étant destiné à des fonctions particulières, est donc aussi doué de propriétés, d'actions spéciales en harmonie avec celles des autres organes ou appareils, et coordonnés avec la vie de l'ensemble par des lois communes. Dans mes travaux de pratique médicale, en particulier dans mes études sur la diathèse et l'inflammation, j'ai constamment tenu compte de ces données générales; j'étais peu satisfait, en effet, de l'universalité et de l'égalité sur tous les points de l'organisme, de ce qu'on appelait *condition diathésique*, et j'ai trouvé plus conforme à l'observation de chaque fait en particulier et des phénomènes des maladies l'existence d'un travail actif prédominant dans chaque partie, même dans les maladies générales, et qui donnait naissance à la diathèse universelle. La turgescence phlogistique d'une partie, je ne l'ai pas regardée comme subordonnée et dépendante toujours de l'influence et de l'excitation excessive générale; mais bien comme indépendante, même dans son origine et dans son progrès, de l'état général, et exerçant sur l'ensemble de l'organisme une influence incessante.

Une inflammation du poumon, par exemple, du foie, de l'estomac, de la vessie, de l'utérus, n'a été à nos yeux, que le résultat d'une énergie vitale excessive, une sorte de travail morbide de ces parties qui a fait naître et qui a alimenté la fièvre, ou la maladie générale. Telle a été aussi notre manière de voir à l'égard de toutes les maladies, l'affection générale ayant été toujours pour nous soumise à la préexistence de lésions circonscrites.

Au même point de vue se présente aussi le système des vaisseaux sanguins. Ce grand système était autrefois considéré comme passif, comme subissant les réactions des causes morbides qui agissaient sur les autres systèmes et l'influence des maladies extrinsèques à sa propre organisation. Les palpitations du cœur et des vaisseaux étaient en effet considérés autrefois sous un tel point de vue qu'elles n'offraient au praticien aucune indication propre à combattre ou apaiser la condition morbide qui les produisait. Si elles n'étaient pas très-fortes ni continues, on les regardait comme l'effet d'une commotion du système nerveux par cause irritative ou sympathique, sorte d'épiphénomène d'hystérisme ou d'hypocondrie, et non-seulement on dédaignait pour ainsi dire de les combattre, car c'eût été le moins mal, mais encore on prescrivait des remèdes qui aggravaient sérieusement la cause de leur production; et si les palpitations étaient vives et constantes, non interrompues, on les considérait alors comme le résultat de vices organiques, au-dessus des ressources, et on les abandonnait à la nature. L'autopsie semblait ensuite justifier le diagnostic, puisqu'elle ne montrait qu'une altération anévrismale; comme si ce qu'il nous est permis d'observer après la mort, et les altérations qu'on rencontre dans les derniers temps d'une maladie, alors qu'elles sont déjà arrivées au point de tronquer la vie, étaient l'expression génuine de ce qui existait dans les premiers degrés du travail morbide. On considère l'élargissement, l'épanouissement des vaisseaux, la rupture du sac anévrismal comme dépendant d'une faiblesse morbide, d'une atonie des tissus, soit par défaut congénital d'érection des fibres, soit par des chocs excessifs que les parties ont pu recevoir; en d'autres termes, l'élargissement, le développement, la rupture arriveraient comme dans des tissus tout à fait morts, et l'on est loin de supposer que la dilatation ou rupture d'une artère ou du cœur puissent dépendre d'un travail morbide du genre phlogistique. Quelle que soit, au reste, l'idée que quelques personnes se forment sur l'origine de ces maladies, toujours est-il qu'une fois déclaré, un anévrisme n'est plus considéré qu'au point de vue mécanique; son sac est regardé comme un produit passif, il cède par faiblesse ou rupture de ses parois, sous l'influence du choc sanguin; ses pulsations, le frémissement qu'il présente ne seraient que la conséquence de ce même choc; de sorte que les pulsations et l'augmentation du sac anévrismal sont regardés non comme un effet de la force propre, mais comme dépendant de la force du système artériel. Il y a longtemps que je professe que cette opinion est erronée, et j'ai recueilli à ce sujet trop d'observations cliniques à l'appui de ma manière de voir pour que j'attende plus longtemps pour demander une réforme sur ce point de pathologie, et l'adoption des indications thérapeutiques qui en découlent; car toutes les palpitations, toutes les vibrations morbides artérielles, même idiopathiques et continues, ne sont pas en dehors de la sphère des conditions phlogistiques susceptibles de répression ou de cure, et elles ne se rattachent pas toutes à des altérations tellement organiques qu'elles n'admettent plus les secours efficaces de la thérapeutique contro-stimulante.

Ce qui m'a conduit à considérer les anévrismes comme le résultat d'un travail phlogistique lent, c'est l'altération que les bronches éprouvent sous l'influence de l'inflammation chronique. Dans les commencemens, une bronchite n'altère pas la structure, les dimensions, la continuité et l'organisation de la membrane bronchique, et le mal est guérissable par la méthode antiphlogistique; à la longue cependant, lorsque l'affection est mal traitée, ou pas traitée, la structure des bronches est profondément attaquée, et la maladie devient organique. De même, une phlogose artérielle lente, une angéioïté, n'est, dans le principe, qu'une lésion superficielle, une irritabilité morbide, une aptitude phlogistique des artères; par la suite, elle constitue un travail morbide sérieux des parois de ces vaisseaux. Dans les bronches, le mal est diffus quelquefois à tout l'arbre aérifère, d'autre fois il est localisé dans une partie, et nous voyons en effet des bronchites se limiter à la longue, de telle sorte que sur le cadavre on ne rencontre qu'une lésion locale, une tumeur, une altération limitée dans une partie du poumon. Le même fait s'observe dans les artérites; dans beaucoup de cas l'angéioïte est diffuse, dans d'autres elle est limitée, et l'on ne trouve à l'autopsie qu'une altération bornée à quelques pièces seulement de l'arbre artériel, altération patente, reconnaissable pour une altération phlogistique négligée. Les lésions circonscrites (tubercules) qu'on rencontre dans le cadavre de l'individu devenu phthisique par suite d'un catarrhe mal traité ou négligé, ne prouvent pas que le mal était mécanique en origine. Il résulte de ce simple aperçu que l'altération organique, le travail morbide, la dilatation, le sac que l'on rencontre sur le cadavre d'un sujet anévrismatique ne peuvent suffire pour prouver qu'en origine l'anévrisme existait comme tel, et dépendît d'une altération de structure. Une bronchite, une pneumonite dégénérée en vice organique et incurable peut avoir été produite par une cause traumatique; l'anévrisme aussi peut être l'effet d'un coup, d'une contusion, d'une blessure. Dans l'un et l'autre cas, on ne trouve en origine qu'une inflammation par l'action de ces causes. Dans la bronchite, dans la pneumonie, comme dans toute autre inflammation, soit aiguë, soit chronique d'un viscère quelconque, lorsque le mal est passé à la période désorganisante, on ne trouve qu'une lésion partielle, circonscrite, indépendante du système; la phlogose, le travail mor-

bide, le stimulus, paraissent donc s'isoler avec le temps, s'alimenter de leurs propres produits, et se soutenir même au milieu de l'asthénie et du dépérissement général. Même phénomène dans l'anévrisme, dans la région anévrismatique, dans les altérations morbides de l'oreillette, du ventricule du cœur ou d'un point de l'aorte ; on n'y voit qu'un travail local, indépendant du reste, et ce travail, loin d'être passif, est lui-même une source de vibrations, de mouvemens anormaux qu'il imprime sans cesse aux vaisseaux continus. La seule différence qu'un pathologiste éclairé pourra trouver entre un travail anévrismatique et un sac anévrismal est dans la forme différente d'altération ou de désorganisation, et cela peut dépendre de la nature différente et de l'organisation des parties affectées. Ce parallèle, qu'on pourrait également établir entre les altérations anévrismales et les produits non-suppurans des inflammations lentes d'autres parties membraneuses, nous conduit à cette conséquence qu'il est impossible, dans l'état actuel de la science, de soustraire la formation et la phénoménalogie des anévrismes aux lois qui régissent les inflammations chroniques. Je n'ignore pas qu'une opinion bien différente a été soutenue à cet égard par de grands hommes dont s'honore la médecine, que Lancisi, Morgagni, Senac, Bœrhaave, Van-Swieten, de Haën, Michaelis, ont rapporté la formation des anévrismes à une faiblesse, à un manque de résistance des tuniques artérielles ou des parois du cœur, disposition que le choc du sang aurait exagérée sur des tissus d'ailleurs sains, d'où suivrait la dilatation latérale et la rupture. Le célèbre Scarpa s'est beaucoup étendu sur cette opinion, et, rejetant la dilatation ou la distension des parois artérielles comme cause et condition de l'anévrisme, a soutenu que la maladie provenait de la rupture des tuniques propres de l'artère, de sorte que le sang pénètre dans le tissu cellulaire qui les enveloppe, et ce tissu se dilatant forme lui-même le sac anévrismal, conjointement avec les couches fibrineuses que le sang y dépose sous forme de lamelles. Ce grand anatomiste cependant, malgré qu'il eût dans la rupture elle-même et dans la presqu'ulcération des tuniques artérielles la véritable condition d'un travail phlogistique arrivé à la période d'ulcération, n'a jamais parlé d'inflammation comme cause primitive de la maladie dans l'artère anévrismatique, ni de l'intervention du même travail comme cause formatrice du sac ; il s'est plutôt rapproché de ceux qui regardent comme passive la rupture des fibres et la distension du tissu cellulaire sous l'influence de l'impulsion du sang ou des forces qui régissent la circulation. Hodgson, l'un des auteurs les plus estimés parmi ceux qui ont admis la formation des anévrismes par dilatation et par rupture, a regardé, lui aussi, comme mécanique et forcée l'expansion des membranes qui forment le sac ; mais, indépendamment des raisons et des exemples cités qui s'accordent si bien avec le travail de phlogose sourde, les phénomènes qui accompagnent l'anévrisme excluent, selon moi, l'étiologie mécanique qu'on a fait prévaloir. Que de fois, en effet, ne rencontre-t-on pas dans la maladie appelée autrefois *enormitas cordis*, et aujourd'hui hypertrophie, hypersarcose du cœur, la seule condition productrice de tous les phénomènes de l'anévrisme ? Que de fois ne trouve-t-on pas épaissies, compactes et fermes les parois anévrismatiques ? La dégénérescence cartilagineuse, osseuse des parois de l'anévrisme n'est elle pas une preuve suffisante du travail phlogistique dont nous parlons ? Le pylore chroniquement phlogosé, la vessie, le rein, le mésentère, frappés du même travail, sont pareillement épaissis, indurés ; on n'accusera pas là l'impulsion de la colonne sanguine. Ces épaisissemens, ces indurations prétendus mécaniques devraient, au contraire, être un obstacle à la dilatation par le choc du sang, et s'opposer à l'accroissement de l'anévrisme. Que dira-t-on alors de ce phénomène curieux qu'on observe sur certaines artères anévrismatiques, lesquelles sont successivement dilatées et retrécies dans des points différens, c'est-à-dire ici dilatées, un peu plus bas retrécies, plus loin dilatées encore, et ainsi de suite ? Mon illustre ami, feu le professeur Vacca, me fit voir, dans le temps, à Pise, une préparation de ce genre qu'il conservait dans son cabinet, et dans laquelle, contrairement à l'opinion reçue alors, on ne voyait pas de rupture. Une pièce pareille m'a été montrée dans le cabinet anatomique d'Edimbourg. Or, je le demande à ceux qui attribuent au choc du sang poussé par le cœur la dilatation de l'anévrisme, comment ce choc peut il dilater mécaniquement un segment d'une artère, en respecter un autre, pour en dilater un troisième un peu plus bas ? Et cet anévrisme qui épaissit énormément les tuniques du vaisseau ou du sac, qui contracte des adhérences avec les parties voisines, qui s'accompagne d'un travail morbide tel qu'il corrode tout ce qui l'entoure, détruit jusqu'aux os qui devraient résister plus que lui-même, et qui, sous ce rapport, ressemble à cette action végétante de certaines plantes qui érode et perfore le rocher le plus résistant, comment, disons nous, tout cela peut-il dépendre d'une simple action mécanique, du choc du sang ? Et comment cette action de la colonne sanguine n'a-t-elle pas dilaté tout le système vasculaire ? Pourquoi les membranes ne se sont-elles pas rompues elles-mêmes au lieu de rompre ou de corroder des parties plus dures qu'elles, tels que les os ? Et comment comprendre cet énorme anévrisme de l'aorte ventrale qui bat violemment tandis que les pulsations du cœur ne sont que faibles et languissantes ; et cet autre qui vibre si énergiquement jusqu'aux derniers momens de la vie, tandis que dans le reste de l'organisme tout mouvement est presque éteint, que le pouls à la radiale est à peine sensible ? Quelle est donc la colonne de sang qui produit alors l'expansion répétée de l'anévrisme ; quelle est la portion du système qui détermine une pareille force, si on ne veut pas reconnaître avec nous l'existence d'une pareille force dans les parties malades elles-mêmes ? Lorsque la structure du cœur ou de l'aorte est primitivement vicieuse ; que quelque partie du système arté-

riel est congénitalement défectueuse, comme chez certains monstres; que quelques portions de ce sysme s'offrent à l'état d'épaississement induré, par phlogose préalable déjà éteinte, j'accorderai que dans ces cas la condition morbide est mécanique, et que mécaniques aussi doivent être ses effets immédiats; mais qu'un anévrisme se développe par maladie chez un sujet qui n'est pas né anévrismatique, alors que le mal s'engendre, ainsi que cela arrive le plus souvent sous l'abus des liqueurs fortes ou du vin, ou par suite de longues courses, d'efforts soutenus, de fortes contractions du cœur, par un effroi violent, ou par une vive colère comprimée, par une chute ou par des chocs violens à la poitrine, dans tous ces cas, nous en sommes certains, l'anévrisme est phlogistique, et il nous est impossible de penser autrement.

D'un autre côté, la diathèse anévrismale, si bien décrite par de Haën, c'est-à-dire, la condition dans laquelle, à chaque pas, à chaque lieu, on trouve répétées et dans le cœur et dans les artères, grosses et petites, les dilatations et les pulsations morbides, se refuse tout à fait à une explication mécanique quelconque, et elle s'accorde au contraire parfaitement avec le travail phlogistique lent, enraciné dans le système vasculaire, plus prononcé dans certains lieux que dans d'autres, analogue à celui qu'on rencontre dans plusieurs points du système osseux ou des organes membraneux. Ce qui confirme en outre la condition phlogistique, c'est l'état couënneux du sang qu'on rencontre toujours lorsqu'il y a un anévrisme des gros vaisseaux; cette circonstance est en désaccord avec la doctrine mécanique. Avec la coënne du sang s'accordent d'autre part les couches fibrineuses qu'on retrouve adhérentes aux parois du sac, lorsque la tumeur a acquis un certain volume; là justement ces couches doivent se trouver en abondance, parce que là est le centre du plus grand travail phlogistique. Ces dépôts sont l'analogue des concrétions fibrineuses membraniformes qu'on rencontre dans toutes les parties, surtout membraneuses, atteintes d'un travail phlogistique lent. La condition inflammatoire sourde peut seule d'ailleurs rendre compte de l'observation de Scarpa, concernant la rupture des membranes internes du vaisseau, et elle n'est pas en contradiction avec l'élargissement du sac par amincissement de ses parois, car l'atténuation, la rupture ou la dilatation peuvent pareillement dépendre d'un travail phlogistique. Ne voyons-nous pas, en effet, des reins chroniquement enflammés être considérablement élargis sans qu'on puisse pour cela accuser le choc de la colonne sanguine? Nous expliquons enfin la production des anévrismes qui succèdent à des contusions, à des efforts, à une rupture ou simplement à une distension, comme une conséquence d'une phlogose vasculaire déterminée par ces causes. La terreur et autres causes morales ne produisent autrement l'anévrisme qu'en occasionnant une artérite lente, de la même manière qu'elles engendrent une phlogose lente du foie ou de l'utérus. Pareillement aussi opère le froid.

On prévoit déjà la conséquence pratique qui découle des considérations précédentes. Le moyen de prévenir, de combattre ou d'améliorer les affections anévrismales, c'est de prescrire une médication constro-stimulante dirigée dans le but d'enrayer l'artérite lente. La diète très-sévère, recommandée par Albertini, l'usage de substances végétales et d'eau, et les acides minéraux recommandés par de Haën, dans l'anévrisme commençant, la digitale et le nitre, la scille et le fer, le carbonate de potasse et l'eau cohobée de laurier cerise, qu'on prescrit communément contre les anévrismes, et avec tant d'avantage, n'agissent pas autrement. Ce sont aussi ces mêmes moyens qu'on ordonne dans un grand nombre de cas de mouvemens hémorrhagiques artériels, et dans les hémorrhagies qui succèdent aux amputations, et à la division des gros vaisseaux. Dans toutes ces occurences, la condition phlogistique du système artériel ne saurait être révoquée en doute.

DES APPLICATIONS CLINIQUES DU SEIGLE ERGOTÉ, *par M. Parola, médecin à l'hôpital de Cuneo* (1).

§ I. EXPÉRIENCES CHEZ LES ANIMAUX.

Cette première série a porté sur un mulet et sur des volatiles de diverses espèces; le seigle a été donné progressivement à doses toxiques, mortelles, sous des formes diverses, en poudre, en extrait résineux, ou panifié; le résultat a été identique dans tous les cas. Chez le mulet, le seigle a été donné à la dose de 20 à 60 grammes par jour; dès le second jour, il a commencé à être malade; le pouls a baissé, mouvemens du cœur de plus en plus faibles, spasmodiques, irréguliers, respiration lente et profonde, inappétence, maigreur, tremblemens, démarche vacillante, reste couché sur le flanc, tristesse, apathie. Chez les volatiles, des phénomènes de même espèce ont été observés. (Nous supprimons les détails de ces expériences, que l'auteur expose longuement). A l'autopsie, on a trouvé chez tous ces animaux les cavités nasales injectées, rouges, humides de mucus brun; la crête tout à fait noire, dure, coriace à la circonférence, livide à la base; son tissu cellulaire interne était également livide, infiltré d'humeur presque sanieuse. Peau de tout le corps ratatinée, dépourvue de tissu cellulaire, et par conséquent, séparée des parties sous-jacentes, excepté vers le sternum où existait une couche de lymphe sémi-coagulée, de couleur blanche, épaisse de quelques millimètres; la peau était livide vers le milieu du cou (goître), ratatinée, d'un rouge gangréneux à la partie inférieure du sternum, et d'un livide-noirâtre sur l'abdomen. Tous les muscles, flasques, pâles, sémi-gélatineux, presque dépouillés de fibrine,

---

(1) Ce Mémoire vient d'être couronné d'un prix de 1,200 fr. par le 5e Congrès scientifique italien; nous reproduisons les résultats principaux des nombreux faits rassemblés ou observés par l'auteur, ce qui complètera le travail du professeur Sacchero que nous avons donné dans le dernier numéro. (N. du Réd.)

surtout les pectoraux, et imbibés de lymphe, semblable à celle que nous venons de décrire. Membranes du cerveau engorgées de sang vers les *tubercules quatrijumeaux* et vers le cervelet. Pulpe cérébrale ramollie; du serum existe dans les couches optiques chez quelques poules. Moëlle épinière également ramollie, surtout vers la protubérance inférieure; là les membranes sont enveloppées de lymphe cristalline, coagulée en abondance. Poumons affaissés, engorgés, presque pas crépitans. Gésier toujours un peu injecté; estomac un peu injecté dans sa membrane interne chez la plupart. Tube intestinal, à peine lésé, et pas d'une manière constante. Reins toujours ramollis. Cœur toujours flasque, aureillettes pleines de sang, déliquescent, incoagulable; il sortait dans le même état des vaisseaux qu'on divisait à l'autopsie. Le caractère du sang nous a offert quelque chose de spécial, il était même sanieux, d'un rouge violacé, fluide, incoagulable toutes les fois que l'expérience a été poussée jusqu'à l'ergotisme mortel (1). Foie très-mou, pultacé, noir; vésicule hépatique remplie de bile noire comme le seigle ergoté, ou verdâtre. Le système osseux lui-même, cérébral et médullaire, ainsi que les os longs et courts spongieux, étaient engorgés de sang; cet engorgement était surtout très-intense vers les extrémités articulaires; les capsules articulaires étaient fort relachées et comme macérées. Nous pouvons donc dire que l'action continue du seigle chez ces animaux, a déterminé une sorte de décomposition générale de tous les tissus, de toutes les fibres. (L'auteur a eu le bon esprit de s'éclairer d'abord sur les conditions de l'état normal en ouvrant plusieurs des mêmes animaux bien portans.)

§ II. EXPÉRIENCES CHEZ L'HOMME. (Nous abrégeons quelques détails des faits suivans.) 1er *Fait.* Un jeune homme, âgé de 24 ans, cordonnier, lymphatique, grand, grêle, manquant d'ouvrage, s'est fait recevoir à l'hôpital, sous prétexte de quelques douleurs. Pouls 67, respiration 20. On lui administre un gramme et demi (30 grains) de seigle ergoté en poudre, le 17 décembre 1842. Deux heures après, il éprouve un abattement général, frisson, peau froide et avec chair de poule, anxiété, poids à l'épigastre. Disparition de l'appétit. Le pouls marque 60, il est mou, petit, faible, lent. Visage pâle, pupille dilatée. Le lendemain, on lui administre même dose de seigle; mêmes phénomènes; abattement extrême des forces et de la chaleur, pouls 58, respiration 15. On le nourrit bien pendant quatre jours; à cette époque, il se sentait encore faible, brisé, pouls et respirations lents.— 2e *Fait.* (Epilepsie.) Femme, 50 ans, maigre, brune, sujette depuis plusieurs années à des attaques épileptiques, revenant constamment toutes les semaines, venait d'essuyer une méningite grave pour laquelle elle avait été traitée à l'hôpital; elle était convalescente; mais les attaques épileptiques venaient de reparaître à l'ordinaire, et elle en avait eu une la veille de l'administration du seigle. Le 17 décembre 1841, on lui administre une première dose d'huile de seigle, préparée par macération dans l'éther et évaporée à froid. On lui en a donné huit gouttes dans 60 grammes d'une émulsion de gomme avec addition de 14 grammes de sirop, à prendre par cuillerée dans l'espace de trois heures. Le pouls de la malade marquait 72 (force moyenne), respiration 21, derme chaud et sec, soif légère, langue blanchâtre. Après l'épuisement du remède, le pouls était descendu à 66, moins fort, peau douce, soif a disparu. On répète la même dose les deux jours suivans; les résultats sont plus prononcés; pouls 55 (faible) respiration 16, peau fraîche, sentiment de poids à l'épigastre et à la tête. On a cru prudent de suspendre le remède, cet état de la malade a duré sept jours, puis elle s'est remontée petit à petit et a repris ses forces; mais, chose importante, les accès épileptiques ne sont pas reparus; elle est restée à l'hôpital jusqu'au 4 janvier 1842, et il n'avait plus été question d'accès. Consécutivement on a pris des informations à son domicile, et l'on a su qu'aucun accès d'épilepsie n'avait reparu depuis l'usage des trois jours de l'huile de seigle. — 3e *Fait.* (Epilepsie.) Jeune homme, coiffeur, petit, grêle, peu intelligent, regard stupide, yeux injectés et saillans, était épileptique depuis 18 mois, ses accès étaient violens et revenaient trois à quatre fois par semaine; il était à l'hôpital pour cette affection. Le 18 décembre 1841, on lui administre en une fois un gramme (20 grains) de seigle ergoté en poudre; le pouls marquait 74, respiration 21. Trois heures après, pouls 70, respiration 19. Second jour, même dose, l'effet est un peu plus prononcé sur le pouls et la respiration; anxiété, mal à l'estomac, nausée, éruptations nauseuses, pesanteur à la tête, froid général, lassitude prononcée. On continue le remède les quatre jours suivans, en tout six jours; mêmes phénomènes; les accès épileptiques n'ont pas reparu, le patient paraissait mieux; mais le dernier jour, son derme était devenu froid et couvert de sueur, l'anxiété avait augmenté, le pouls était faible et les forces étaient abattues; l'on a cru prudent de ne pas continuer. Le 26 décembre, un accès d'épilepsie est venu, mais beaucoup moins fort que les autres. On essaie la strychnine intérieurement, à doses assez fortes, pas d'effets avantageux. On revient au seigle, sous forme d'extrait de Bonjean (Voyez le dernier numéro) à la dose de 4 à 6 grammes (un gros à un gros et demi) pendant trois jours; les effets sur le pouls et la respiration n'ont éte que légers comparativement à la poudre. On a alors recours à l'huile de seigle comme dans le cas précédent, à la dose de six gouttes pendant trois jours, puis de huit gouttes pendant cinq jours, de sorte que du 27 janvier au 3 février le malade en a pris 58 gouttes en tout. Pendant l'usage de ce remède, un dépérissement général s'est déclaré, pouls extrêmement lent et petit; un seul léger accès a reparu pendant ce temps. Quelques jours plus tard, un écart de régime a amené un accès plus fort, et le malade a quitté l'hôpital. Chez lui, deux mois se sont passés sans avoir le moindre accès. On ignore si le mal a reparu plus tard. Ce fait est sans doute incomplet au point de vue de la guérison, mais il démontre bien l'action dynamique du seigle, et l'infériorité d'action de l'extrait de Bonjean sur la poudre et sur l'huile éthérée, et tout l'avantage que la thérapeutique peut retirer du seigle contre l'épilepsie. — 4e *fait.* (Bronchite chronique.) Homme, 50 ans, maigre, entré le 14 décembre pour une bronchite grave; on le saigne sept fois, potions stibiées; il est convalescent le 22 du même mois; mais une petite toux sèche opiniâtre lui reste. On lui administre huit gouttes d'huile de seigle à répéter pendant quatre jours, comme précédemment; le quatrième jour, le pouls était

(1) Ce caractère du sang est commun à plusieurs poisons hyposthénisans cordiaco-vasculaires; il est constant dans l'empoisonnement par l'arsenic. (V. nos Epitres toxiologiques.) (N. du Réd.)

tombé de 74 à 52, mais petit; la peau, de sèche qu'elle était, avait acquis de la mollesse et de la moiture. Cessation complète de la toux; guérison durable. — 5e *fait.* (Palpitations.) Jeune étudiant en pharmacie, robuste, sujet à des palpitations de cœur et à des céphalées, par hypertrophie au ventricule gauche et angeiote artérite, pour lesquelles on le saignait plusieurs fois par an. On lui administre un demi-gramme (10 grains) de ségaline préparée d'après le procédé de Wiggers, puis 60 centig. (12 grains), et plus 15 centig. (3 grains) d'extrait résineux. Le premier jour, le pouls a descendu de 67 à 61, et a perdu sa dureté; le second, il a descendu davantage, et les pulsations du cœur gauche ont diminué notablement; lassitude générale. Consécutivement, le pouls est descendu à 48, deux heures après avoir pris l'extrait. Dès lors, les maux de tête se sont dissipés, mais le patient est devenu pale et abattu. On a dû suspendre. Le jeune homme n'a plus ressenti son mal pendant plusieurs jours.

Je passe à présent à une expérience que j'ai faite sur moi-même, le 17 décembre 1842. Ma santé était parfaite, mon pouls marquait 74, ma respiration 21. J'ai avalé en une fois un gramme (20 grains) de seigle en poudre. Une heure après, j'ai éprouvé des nausées, pesanteur à la tête, resserrement pénible à l'épigastre, lassitude générale, frisson dans les membres, inertie musculaire telle que je ne pouvais que fort difficilement mouvoir les doigts, écrire ou marcher; pouls 62, respiration 20. Cet état a duré pendant trois heures, avec frisson général à la peau, envies de vomir, inaptitude intellectuelle; le pouls est descendu à 60, petit et faible. J'ai pris mon dîner avec mon appétit ordinaire et envie de boire du vin pur, circonstance inusitée pour moi. Le vin que j'ai bu en plus grande quantité que de coutume ne m'a pas donné de céphalalgie, ainsi que cela m'arrivait ordinairement quand je prenais du vin pur. Dans l'après-dîner, je me suis bien trouvé. Le lendemain, j'étais invité à un grand dîner; j'y ai été, et, comme cela arrive dans ces occasions, j'ai dépassé un peu la règle de ma sobriété habituelle. Trois heures après le dîner, j'ai voulu répéter l'expérience de la veille; j'étais excité, mon pouls marquait 79, ma respiration 33; j'ai avalé 1 gramme 1/2 (30 grains) de poudre de seigle dans une mixture. Une heure après, mon état avait changé; j'étais mal à mon aise, prostration générale, comme stupide, somnolent; tristesse extrême, céphalée syncipitale, gravative; mal à l'estomac, gêne à la respiration, comme si un lourd poids m'empêchait de dilater la poitrine; aussi étais-je obligé de faire des inspirations longues et forcées; le sentiment de froid était d'un incommode inexprimable, ainsi que la lassitude et la tristesse qui avaient succédé à l'excitation et à la joie; j'ai ressenti alors un mal de dents qui me prenait quelquefois quand je m'exposais au froid; mes jambes étaient lourdes et comme embarrassées par un grand poids; mollets douloureux; pouls, 72. Cet état était progressif et insupportable; j'ai donc cru devoir le combattre de suite en buvant un demi-verre de vin vieux et généreux, qui m'a à l'instant soulagé. Pendant la nuit, j'ai peu dormi. Le lendemain matin, j'avais la bouche amère, sentiment douloureux et pesanteur comme plombique aux mollets et aux malléoles, inappétence et lassitude pendant toute la journée. (Suivent douze observations cliniques intéressantes, exposées avec détails; elles sont relatives à des cas de pneumonie, de broncho-pneumonite, de fièvre typhoïde, de phlébite, d'hypertrophie au cœur, d'artérite aortique, de bronchite tuberculeuse, traitées avantageusement à l'aide des saignées ordinaires et de l'huile de seigle, comme coadjuvant de la saignée. Constamment, le pouls a baissé comme dans les cas précédens, et les malades se sont trouvés très-bien. Nous reproduisons les deux cas suivans seulement.)

Pneumonie grave. Gangrène ergotique. — Le 18 novembre 1842, a été couchée au n° 4 une femme de la campagne, de tempérament lymphatico-sanguin, habituellement maladive et prédisposée aux pneumonies; elle sortait d'une pneumonie grave, lorsqu'elle a été ressaisie de la même affection. A l'examen, elle présente: visage enflammé, toux, crachats rouillés et visqueux, bronchophonie à droite, respiration gênée, gémissemens continus, prostration, visage décomposé. On diagnostique une broncho-pulmonite à droite. Saignée du bras, *illico*; la malade éprouve de la répugnance pour la saignée, disant qu'elle avait été saignée seize fois, peu de jours auparavant, pour sa dernière maladie. Six gouttes d'huile de seigle ergoté. Le lendemain, la malade semble mieux, mais le mal persiste; toux, douleur, crachats, *ut supra*; la bronchophonie est profonde, et paraît envahir tout le parenchyme du poumon. On répète la saignée, mais on ne peut obtenir que peu de sang, attendu l'action dépressive de l'huile sur le cœur et les artères; on continue l'huile. Le jour suivant, on suspend l'huile, afin de pouvoir obtenir du sang. On a fait une saignée de 3 à 400 grammes (une livre médicale); le sang est couënneux. Le quatrième jour, deux autres saignées, couënne; la maladie marche effrayamment; bruit respiratoire nul dans tout le côté droit, souffle bronchique dans la région sous-claviaire, respiration presque stertoreuse, physionomie décomposée. Huile de seigle; deux autres saignées; mieux, respiration crépitante à droite, moins de souffle bronchique, moins de toux et de gêne. On continue l'huile pendant trois autres jours, jusqu'au 27 novembre. Alors l'orthopnée reparaît; visage décomposé; la malade semble vouloir succomber promptement; vésicat. aux jambes, catapl. sin. aux pieds; mieux. Le 1er décembre, quatorzième jour de traitement, on avait cessé l'huile de seigle depuis cinq jours; la toux s'exaspère de nouveau, douleur costale, respir. crép., son mat à droite; on revient à l'huile; le pharmacien en fournit d'une autre qualité, qui est plus résineuse, plus colorée, plus active; à peine la malade en avait-elle pris la moitié de la dose ordinaire, qu'elle se plaint d'un froid intense et de gonflement au pied droit. Comme sur ce pied on avait appliqué des sinapismes, on n'a pas fait d'abord trop d'attention aux plaintes de la malade; bientôt douleurs lancinantes, ulcère gangréneux à la malléole externe; les orteils et le métatarse sont frappés de gangrène sèche; mais la maladie de poitrine est guérie. On fait passer la malade dans une salle de chirurgie; amputation à la Chopart, guérison. (L'auteur pense que la malade aurait succombé sans le secours de l'huile de seigle, et il regarde l'accident de la gangrène occasionnée par le médicament comme pouvant être prévenu.)

Phthisie pulmonaire. Gangrène ergotique. — Nous avons aussi expérimenté le seigle dans cette terrible mala-

die, et nous avons obtenu des effets vraiment inespérés, nous osons même affirmer que c'est là la maladie dans laquelle le médicament triomphe de la manière la plus éclatante. Afin que notre conviction, qui est basée sur une expérience assez étendue déjà, ne semble légère ou exagérée, nous allons choisir, parmi les faits recueillis à l'hôpital, les moins favorables au remède. — Homme, 52 ans, tailleur, petit, rachitique, scrofuleux, atteint, depuis quatre ans, de carie et d'ankylose au coude droit, et de tumeur blanche au genou du même côté. En août 1842, il a eu des hémoptysies, puis des crachemens purulens très-fétides, avec fièvre étique. Il a été reçu le 3 décembre 1842; maigreur générale, pâleur, respiration courte et fréquente (33), son mat, respiration crépitante à la région sous-claviaire droite, pouls irrité, fréquent (106), sueurs visqueuses à la poitrine et aux bras. Le cas est jugé désespéré. On prescrit l'huile de seigle, à la dose de 30 centig. (6 grains) pendant cinq jours; aussitôt, amélioration, respiration beaucoup moins gênée, pouls régulier, moins fréquent. Quelques jours après la cessation de l'huile, retours des accidens comme précédemment. On prescrit, seigle en poudre, 80 centig. (16 grains) par jour, depuis le 17 décembre jusqu'au 8 janvier. Chaque jour, le malade est allé de mieux en mieux, la fièvre, la toux et les crachats ont entièrement disparu. Il importe d'ajouter que ces phénomènes menaçaient de reparaître pour peu qu'on cessât pendant deux à trois jours l'usage du remède. Le 12 janvier, le pouls était réduit à 74, resp. 14, plus de respiration crépitante. La maladie principale était alors la carie incurable; la suppuration cependant avait considérablement diminué sous l'influence du seigle. Plus tard, les accidens de la poitrine menaçaient de revenir; nous avons prescrit l'extrait dit hémostatique de Bonjean, comme remède léger, à la dose de deux à quatre grammes, puis nous sommes revenus à la poudre de seigle, comme précédemment, et le mal a été tenu en respect; le malade a commencé à manger, et il a pu se lever, son amélioration a étonné tous les assistans. Le 24 janvier il s'est enivré et a excédé aussi dans l'usage des alimens; retour violent des accidens, pouls 90, 96, menace de suffocation. On administre l'huile résineuse de seigle, le soir du 25, à la dose de six gouttes; même dose le lendemain; mieux, pouls 76; on suspend le remède pendant deux jours, puis on le reprend, pouls 63; mieux continu. Le 3 février, le malade est fort bien, crachats presque nuls, pas de toux, respiration bonne, pouls 56; mais nous avons été péniblement surpris de trouver son bras carié frappé de gangrène. Ce malheureux accident, que nos nombreuses expériences nous ont appris parfaitement à éviter, en n'administrant le médicament qu'avec prudence, avec des interruptions répétées, et en nous servant surtout de l'huile orthodoxe ou de la poudre, est arrivé cependant dans ce cas. Nos recherches nous ont appris que le malheur a tenu a ceci : le pharmacien, au lieu de préparer l'huile éthérée d'après la méthode de Wiggers, traitait le seigle avec de l'alcool pur, puis il évaporait le liquide à moitié et ajoutait une certaine dose d'éther, ce qui lui procurait, à moins de frais, une plus grande quantité d'huile, mais d'une huile résineuse et de qualité toxique dangereuse. Le malade est mort, l'autopsie n'a pu être faite, le cadavre ayant été réclamé par les parens.

Il résulte des faits précédens que le seigle exerce une double action, l'une sur la vitalité manifestement contro-stimulante ou déprimante, pareille à celle de plusieurs autres médicamens hyposthénisans, l'autre sur l'organisme, et qui est particulière à plusieurs familles de graminées dégénérées. (Suit une série d'expériences comparatives entre le seigle et d'autres substances; ensuite des faits cliniques à l'appui.)

§ III. Remarques pharmaceutiques. — Le seigle ergoté est d'autant meilleur qu'il croît dans des régions élevées, sèches, aérées, sablonneuses et calcaires. On doit tenir comme de qualité inférieure celui dont la forme est peu allongée, la couleur très-foncée, obscure, et qui est léger ou qui a été récolté soit dans des plaines, soit dans des vallées humides. La composition chimique du seigle paraît résulter, d'après les expériences de Vauquelin, de Wiggers et d'autres, de près de moitié de son poids d'huile, de résine, de cire, de graisse et de gomme, tous principes hydrogénés, et d'un peu d'albumine et d'extrait nitrogéné. Or, pour peu que l'année soit pluvieuse, ou si le seigle croît dans des lieux humides, ces principes changent quant à leur proportion, et le seigle ergoté se rapprochant du bon grain, ne contient que de peu substances oléo-résineuses. Il est à remarquer que ce blé parasite ne se rencontre que sur les plus belles plantes de seigle dans des endroits ombrés, au bout des champs récemment déboisés, et où abonde l'humus et le principe carbonique. (L'auteur expose ici l'évolution généalogique du seigle ergoté, qu'il a suivie dans les champs avec le microscope à la main.)

Traitement à l'éther. — Nous avons obtenu l'huile grasse et une matière grasse résineuse en traitant le seigle par l'éther. Il a suffi pour la séparation de mettre les deux corps dans un entonnoir; la matière grasse résineuse surnarge. Cette matière est composée de cérine et de cristaux blancs de saveur amère. La substance semi-résineuse est de couleur rouge-brun, de consistance de rob, semi-liquide, d'une saveur âcre et mordante, légèrement amère, d'odeur vireuse et nauséabonde, non saponifiable ni avec l'hydrate de potasse, ni avec l'ammoniaque liquide. Une livre de seigle, avec le quadruple d'éther à 75° de Baumé, peut en donner plus de 30 grammes (une once.) L'huile est de couleur rousseâtre, d'une odeur résineuse, nauséabonde, d'une saveur douceâtre, un peu rance de l'huile. Sa consistance est analogue à celle de ricin. Traitée avec l'alcool, elle laisse dissoudre son principe résineux colorant, et laisse une huile claire, incolore, d'une saveur douceâtre. L'huile résineuse éthérée n'est pas saponifiable; mais celle qu'on obtient par expression ou qu'on recueille à chaud se laisse saponifier. La potasse la divise en glicérine et en deux matières grasses analogues à celles des huiles fixes communes, solubles dans l'eau tiède. L'ammoniaque la convertit aussi en liniment soluble, ainsi qu'elle le fait avec les huiles communes. On peut aussi obtenir, par expression, la même huile privée de résine. Nous en avons obtenu 120 grammes (4 onces) de 8 livres (médicales) de seigle. Par conséquent, l'éther en extrait une plus grande quantité. En faisant évaporer l'alcool dans lequel on a dissout la matière

résineuse, on obtient une résine de couleur café obscur, de consistance semi-solide, de saveur nauséabonde, *sui-generis*, un peu âcre et amère, d'une odeur éminemment vireuse propre au seigle ergoté. On peut aussi, avec l'éther, extraire une huile plus claire, mais résineuse, presque inerte, si l'on emploie le seigle qui a déjà été bouilli dans de l'alcool concentré qui l'a privé de son principe résineux.

Traitement à l'alcool. — Mise à macérer, pendant un jour ou davantage, une livre de seigle dans quatre livres d'alcool à 38° ou 40° de Baumé, et qu'on fait ensuite bouillir légèrement pendant un quart d'heure au bain-marie, ou mieux encore, qu'on laisse pendant une heure environ à la température d'ébullition, on obtient une teinture de couleur vineuse, laquelle, évaporée à une température de 40°, ou bien au soleil, donne 15 grammes (demi-once) environ d'une substance semi-résineuse, composée de résine véritable, de ségaline, de matières grasses, huileuses, et d'un extrait, osmazome végétal, connu avant que Berzélius en eût montré la composition. En dissolvant dans de l'eau ou dans de l'éther cet extrait alcoolique, le principe nitrogéné reste dissous dans l'eau et indissous dans l'éther. En employant un alcool très-concentré, et dissolvant beaucoup d'extrait en peu d'alcool, on peut obtenir la résine séparée de la matière grasse qui y restait. Disons enfin, que si l'on veut obtenir la poudre dite *ségaline*, il faut employer la teinture alcoolique bouillante, à la dose de plusieurs livres, et la filtrer à une haute température. De cette manière on obtiendra par le refroidissement un dépôt de matière obscure, grasse, glutineuse, laquelle, dissoute dans l'éther, abandonne une partie de sa matière grasse, et laisse un sédiment de couleur quinoïde qui, par la dissécation, se réduit en poudre grasse un peu dure, d'une odeur *sui-generis*, d'une saveur légèrement amère et âcre. C'est la *ségaline* ou *l'ergotine* que nous avons pu obtenir en dissolvant l'extrait résineux dans de l'alcool en quantité à peine suffisante pour saturer la résine; la ségaline reste indissoute. Les principes actifs du seigle ergoté sont l'huile, la résine, la ségaline, la substance grasse résineuse, les préparations hydro-alcooliques et aqueuses.

§ IV. HUILE DE SEIGLE ERGOTÉ. — Il est essentiel pour la pratique de distinguer l'huile résineuse de l'huile obtenue par expression, et de l'huile dépouillée de résine. Cette dernière n'a pas d'action. L'huile résineuse est la plus importante, la seule qu'on doit employer en médécine. Les expériences cliniques que j'ai faites avec cette huile, soit à l'hôpital, soit en ville, s'élèvent à une centaine. Quelques gouttes suffisent pour obtenir des effets énergiques, ainsi qu'on vient de le voir. Ces effets peuvent aussi être obtenus avec la poudre, mais il en faut des quantités considérables. Voici les résultats de trois autres séries d'expériences que j'ai faites avec cette huile chez l'homme sain, chez l'homme malade et chez les animaux. (Suivent ces expériences qui confirment les résultats déjà exposés précédemment.)

§ V. RÉSINE OU EXTRAIT RÉSINEUX. — Que cette substance soit le véritable principe actif du seigle ergoté, on ne saurait en douter si l'on veut se rappeler des effets que nous avons obtenus dans plusieurs de nos expériences précédemment rapportées. Pour couper court cependant à toutes difficultes à cet égard, nous avons fait des expériences directes dont nous allons exposer les détails. (Suivent quatorze observations cliniques et plusieurs autres faits sur des animaux. Les premières se rapportent à des cas d'angine, de broncho gastrite, d'hépato-gastro-entéro-bronchite, de gastro-entérite, de gastrite et rhumatisme, d'hémorrhagie pulmonaire, de pleuro-pulmonite gauche, de pneumonite droite. de phthisie pulmonaire, avec ou sans pneumorrhagie. Dans tous ces cas, le remède a été administré concurremment et comme coadjuvant à la saignée. Nous ne reproduirons que les faits relatifs à la phthisie, comme étant les plus importans dans l'état actuel des besoins de la thérapeutique. L'auteur a déjà publié plusieurs cas incontestables de phthisie pulmonaire, phthisie tuberculeuse, guéris à l'aide du seigle ergoté en poudre. Un, entr'autres, a été suivi plus tard d'autopsie, et l'auteur a pu montrer les cavernes cicatrisées.) — 1er *fait* (*phthisie, guérison*). Une jeune demoiselle, âgée de 14 ans, née d'une mère de mauvaise constitution, est elle-même scrofuleuse, maigre, petite; ses règles manquaient, et elle toussait depuis quelque temps. En mars 1843, s'étant exposée à l'action du froid lorsque son corps était en sueur, elle a éprouvé immédiatement une congestion vers la poitrine; de là toux et fièvre. Pendant 25 jours, elle n'a reçu chez elle d'autres secours pour cette maladie que deux saignées ; alors l'émaciation était extrême, sueurs nocturnes, crachemens abondans, visage effilé, pommettes colorées, diarrhée colliquative ; existance d'une énorme tumeur des glandes sous-maxillaires du côté gauche. Elle est entrée à l'hopital le 20 avril, présentant fièvre vive, pouls 120, peau très-chaude, tantôt sèche, tantôt couverte de sueur visqueuse à la poitrine, respiration accélérée, 37. A l'examen du thorax, on constate un son mat dans une grande étendue de la région supérieure gauche, avec sibilation bronchique, et d'espace en espace un léger gargouillement et de la broncophonie; toux profonde, suivie de crachements abondans purulens, globulés, d'une fétidité repoussante et surnageant à un petit sérum. Le poumon gauche était donc profondément attaqué et caverneux ; l'état d'émaciation et le jeune âge du sujet ne permettait pas les évacuations sanguines. On prescrit 20 centig. (4 grains) de résine de seigle, à répéter matin et soir, dans un liquide, pendant deux jours seulement, savoir, les 20 et 21 avril ; consécutivement 20 centig. seulement par jour pour les 22, 24, 25, 27 du même mois ; puis idem pour les 3 et 4 mai, la tolérance étant parfaite. A cette époque, l'état de la malade était déjà remarquablement amélioré. Le 20 mai, tous les symptômes de la poitrine avaient diparu, *elle était guérie* (!!), avait repris de l'embonpoint et de la force, et s'est même permis de boire du vin que ses parens lui avaient porté en cachette, sans en éprouver d'autre mal qu'un peu de toux et de diarrhée qui se sont promptement dissipées. Le 30 mai, elle est sortie de l'hôpital dans un état parfait; nous l'avons jugée *radicalement* guérie (!!) et, aujourd'hui 20 août, elle continue à se bien porter. — 2e *fait* (*phthisie et pneumorrhagie*). Le 25 du même mois d'avril, on a reçu dans nos salles une infirmière, âgée de 45 ans, constitution lymphatique, grande, grêle, thorax comprimé, peau couleur olive, joues colorées, se plaignant de souffrir depuis plusieurs années de pneumorrhagies répétées ; néanmoins elle a continué à faire son service, lorsqu'au mois de janvier 1843, elle a été saisie de toux violente avec hémoptysies abondantes et répétées; elle était dans un état de marasme

complet, respiration courte, 33, fièvre étique, pouls vif, 98, peau chaude et sèche, langue chargée et sèche, soif continue. La toux l'incommode beaucoup et s'accompagne d'une expectoration puro-sanguine ou purement sanguine. Son mat dans la région scapulaire gauche ; en haut, gargouillement à grosses bulles. La partie antérieure du même côté présente un bruit respiratoire intense, bruit bronchique, décubitus facile à gauche seulement. Malgré ce grave état de choses, nous avons prescrit la résine de seigle à la dose de 40 centig. (8 grains) pendant trois jours. Dès le second jour déjà, la malade était mieux, à l'étonnement de tous les assistans, la respiration était moins oppressée, la toux moins incommode, crachemens moins abondans, plus séreux et blanchâtres, la fièvre avait notablement diminué, pouls 75. Le troisième jour, pouls 67, amélioration très-marquée sous tous les rapports ; cette amélioration continue jusqu'au 7 mai, huitième jour de traitement ; alors nouvelle recrudescence de la toux, des crachats, de l'oppression, gargouillement, son mat à la percussion. Ces recrudescences étant ordinaires dans le traitement de ces sortes de malades, nous ne nous sommes pas découragé, nous sommes donc revenus à la résine de seigle le 2 et le 3 mai ; amélioration immédiate, progressive et durable, si bien que la malade n'offrît plus aucun symptôme thoracique le 12 du même mois ; ses forces et son embonpoint commencent à revenir. Le médicament n'a produit d'autre incommodité chez elle que quelques légers maux d'estomac, de la somnolence aux premiers jours et des crampes aux mollets le quatrième jour. Cette malade a été gardée dans la salle des convalescens pendant quelque temps ; sa guérison est restée parfaite ; elle en est sortie le 19 juin, mangeant, buvant bien, ne souffrant en aucune manière, et n'offrant aucun reste appréciable à la poitrine.

Phthisie pulmonaire.—Pendant quelque temps, je suis resté dans le doute de savoir si le malade dont je vais parler devait être classée parmi les pneumoniques chroniques ou les phthisques. D'une part, l'état de phlogose était manifeste ; mais de l'autre, aussi, les signes des excavations caverneuses n'offraient aucun doute. J'ai donc fini par placer ce malade dans la catégorie des phtisiques. Il s'agit d'un ouvrier âgé de 32 ans, entré le 8 juin 1843, et couché au n° 34, pour être traité d'une pneumonite chronique droite, qu'il avait contractée sept mois auparavant, en travaillant sur la rivière pour ramasser le bois flottant. Sa constitution est robuste, sanguino-bilieuse, stature moyenne, cheveux, yeux et peau bruns ; sa maladie cependant l'avait réduit à un état cachectique, émaciation générale, paleur de cire, respiration brève et accélérée, 34, toux profonde redoublant la nuit, très-bruyante et très-incommode, empêchant les autres malades de reposer ; crachats continus de pus pur, comme des piastres, mêlés à beaucoup de sérum sirupeux. La partie droite de la poitrine est œdématiée et plus saillante que l'autre ; son sombre, voilé, sibilation rauque, gargouillement en haut ; fièvre intense, vibrations vives des artères, pouls, 97 ; peau d'un sec mordant, langue plate. On lui avait déjà pratiqué dix-neuf saignées pendant les sept mois de sa maladie ; le sang s'était toujours montré couëneux ; chaque saignée l'avait soulagé, mais le mal avait toujours repris le dessus. Le lendemain de son entrée, 7 mai, il prend 20 centig. d'extrait résineux, qu'on continue presque tous les jours jusqu'au 3 juillet, tantôt à cette dose, tantot à moitié. En tout, il en a pris 2 grammes 1/2 (48 grains), sans offrir le moindre signe d'intolérance ni d'incommodité à l'estomac, aux membres ou ailleurs. L'état de ce malade s'est de jour en jour amélioré de la manière la plus surprenante ; les symptômes les plus formidables se sont amendés et sont tombés les premiers, et, petit à petit, il a vu la maladie disparaître, et sa santé revenir à tel point que le 4 juillet il était levé ; il ne toussait plus ni ne crachait, la fièvre avait disparu, la respiration était libre, l'appétit et les forces revenaient à grands pas. Ce malade est rentré dans sa famille parfaitement guéri.

Une jeune paysanne, âgée de 23 ans, constitution scrofuleuse, ayant été obligée depuis quelques années de travailler dans une chambre souterraine, avait contracté le goître, des ganglions hypertrophiées et une toux continue. Manquant enfin d'occupation dans son métier, elle s'est adonnée, en juillet 1842, au travail de la moisson ; là, l'action vive du soleil, à laquelle elle n'etait pas habituée, et la fatigue inaccoutumée l'ont rendue plus malade ; hémoptysie répétée, toux intense, respiration difficile. Pendant onze mois, elle s'était fait traiter de cette maladie, et avait été saignée huit fois. Néanmoins, sa toux avait persisté, la pneumorrhagie était souvent revenue. Respiration difficile, fièvre nocturne avec frisson. Elle a été reçue à l'hospice le 23 mai 1843. L'examen ordinaire a fait constater une tuberculisation suppurée ; il y avait pectoriloquie, gargouillement distinct, écho dans la région sous-claviaire droite, crachats grumeux, sanguinolens ; joues colorées, marasme général. Pouls fort et plein, 101 ; respiration, 27. La malade a été soumise à l'usage de la résine et de la ségaline. Le traitement a duré 65 jours ; la quantité prise du remède a été de 6 grammes (116 grains). Nous nous sommes assuré, chez cette malade comme chez tant d'autres, qu'en ajoutant quelques gouttes d'éther à l'extrait résineux on augmentait notablement l'intensité et la durée de son action. Chez notre malade, le pouls était descendu à 56, et, par l'addition de l'éther, il est allé à 40, ce qui a jeté le patient dans une faiblesse très-grande ; nous avons cessé l'addition de l'éther et repris l'extrait résineux simple, le pouls s'est aussitôt élevé à 46, puis à 55. Le 25 juillet, cette malade est sortie dans un état vraiment satisfaisant. Il ne restait de la maladie si grave qu'un léger gargouillement humide dans la région malade. Nous l'avons envoyée à la campagne passer la convalescence, dans l'espoir que le bon air achèverait la cure. En novembre dernier, cette femme est revenue à l'hôpital, se plaignant de dysmenorrhée depuis trois mois, et offrant des symptômes d'hypertrophie au cœur. L'exploration de la poitrine a démontré que les cavernes étaient complétement cicatrisées, et les poumons sains. Seulement, une légère toux s'était déclarée depuis une quinzaine de jours, et que nous avons dissipée promptement à l'aide de quelques petites doses de résine de seigle.

(Suivent les détails d'un autre cas analogue aux précédens.)

§ VI. — Ségaline ou ergotine. — C'est une poudre neutre, d'un rouge-obscur, presque comme le quinquina, douce et onctueuse au toucher, d'une odeur nauséabonde, analogue à celle du seigle en poudre, saveur piquante, acre, amère, nauseuse ; soluble dans les acides sulfurique concentré et acétique, et dans l'alcool pur à chaud, insoluble dans l'eau et dans l'éther, etc. A une légère chaleur, son odeur spéciale augmente ; échauffé fortement elle se ramollit, exhale une odeur de poisson rôti, et se carbonifie. Nous avons déjà exposé la manière de l'obtenir. Des opinions différentes ont été émises à l'égard de l'action de cette substance. Wiggers la considère comme le principe toxique du seigle ; M. Bonjean la croit tout à fait inerte. Nous avons fait plusieurs expériences à ce sujet. (Suivent les détails de ces expériences accompagnées de deux observations cliniques, desquelles il résulte que l'ergotine, ainsi préparée a une action analogue à l'extrait résineux, mais beaucoup moins énergique.)

§ VII. — Infusion et décoction. — Les faits publiés par divers auteurs et ceux qui nous sont propres ne laissent pas de doute sur l'action réelle de ces deux préparations du seigle ergoté. Nous nous sommes assurés cependant par des expériences comparatives incontestables que cette action est beaucoup moins énergique et moins certaine que celle du seigle ergoté en nature. La raison, c'est que par l'infusion et la décoction aqueuses, on dépouille le médicament de ses élémens les plus énergiques, la résine et l'huile.

§ VIII. — Extraits hydro-alcoolique, aqueux et hémostatique. — M. Bonjean a émis sur ce sujet des idées que les médecins ne peuvent, je crois, adopter, s'ils veulent se donner la peine d'interroger la nature au lit du malade ; il soutient que l'extrait aqueux est le principe médicamenteux, le principe qui agit sur les parois artérielles et les hyposthénise, tandis que l'huile serait le principe toxique et la résine un corps inerte, indigeste. Nous venons de voir cependant, l'expérience à la main, combien ces assertions étaient hasardées. L'observation clinique nous a appris, en effet, que tous ces produits ont une action analogue, mais à des degrés différens, et que l'extrait aqueux, dit hémostatique, par M. Bonjean, est le plus faible sous ce rapport. Je vais prouver plus en détail cette assertion par de nouveaux faits. (Suivent plusieurs expériences comparatives, et deux cas relatifs à une gastro-entérite avec hématèmese et à une diarrhée chronique, guéris avec de fortes doses de l'extrait aqueux. Sur lui-même l'auteur a dû prendre jusqu'à 4 grammes de cet extrait pour produire les phénomènes de l'hyposthénie, tandis que l'huile agissait déjà à la dose de quelques gouttes.

Il suit de ces remarques, 1° que le principe actif, médical ou toxique du seigle ergoté, est un, toujours le même dans toutes les préparations que nous venons d'étudier ; 2° qu'il est de nature résineuse ; 3° qu'il se trouve diversement modifié dans les différentes préparations, même dans l'infusion et la décoction aqueuses ; 4° que leur efficacité thérapeutique ou toxique est en raison de la quantité du principe résineux qu'elles renferment. On voit, par conséquent, que sous ce rapport le seigle ergoté ne fait pas exception à la loi qui régit les autres médicamens organiques et qui veut que le principe actif se trouve dans tous les élémens, bien qu'il soit isoluble jusqu'à un certain point. Si vous ôtez à l'écorce du Pérou le quinine, à l'opium la morphine, à l'eau de laurier cerise l'acide prussique, à la noix vomique la strychnine, etc., vous aurez des substances qui ne sont pas tout à fait inertes, parce que toutes contiennent deux ou trois principes analogues, savoir : la narcotine, l'huile de laurier cerise, la brucine, la cinconine, la cinconvatine, etc., mais d'une efficacité et en quantité inférieure. De même, nous avons obtenu, avec la résine de seigle, les effets les plus énergiques, soit comme remède, soit comme poison ; mais cela ne nous a pas empêché d'obtenir également des cures avec les autres produits quand nous les avons donnés à dose convenable. C'est là, selon nous, la raison pour laquelle l'extrait dit hémostatique n'est pas sans action, car il peut contenir, indépendamment de l'huile-résine, quelque autre principe de vertu analogue que nous ne connaissons pas.

Nous venons de voir dans les faits précédens que, tant chez l'homme sain que chez l'homme malade, le seigle ergoté en nature, ou préparé par la pharmacie, n'a exercé qu'une seule et même action, l'hyposthénie, la dépression des forces, et que cette action a pu être combattue sur nous-mêmes à l'aide des alcooliques ; et si quelquefois nous avons vu le pouls se relever sous l'influence du médicament, c'est lorsque les forces vitales étaient acablées par une action mécanique, comme dans l'apoplexie, dans l'hypertrophie du cœur, ou dans la congestion ; mais alors il a été facile de voir que le même effet était produit par la saignée et par le tartre stibié dans les paralysies, dans l'apoplexie, dans l'amaurose, en dégageant les fonctions par le soulagement des organes. Voyons à présent si la contre-épreuve répond à ces premières déductions. Unissons le seigle ergoté à un remède stimulant, à l'opium, par exemple. (L'auteur rapporte quelques expériences ; en prenant un gramme de poudre de seigle d'une part, et 15 centig. d'opium de l'autre, l'effet a été presque nul, les deux actions s'étant neutralisées, tandis que, en prenant séparément à des jours différens chacune de ces substances, on produisait des effets très-marqués d'hyposténie ou d'hypersthénie. Suivent quelques observations de gastro-entérite, avec ou sans diarrhée chez les ivrognes, guéries à l'aide du seigle. L'auteur arrive enfin aux applications obstétricales du médicament, et aux cas d'affections utérines dans lesquels il est utilement prescrit ; il rapporte des expériences intéressantes qu'il a faites sur des lapines grosses, qu'il a pu faire avorter assez souvent lorsqu'elles étaient faibles ; lorsqu'elles étaient fortes, le remède les a empoisonnées mortellement, sans déterminer d'avortement ; dans ces derniers cas, l'utérus était très-épais et fort vascularisé. Tous ces animaux, au reste, maigrissaient sous l'influence du seigle, et leurs petits étaient chétifs. L'auteur en conclut que le seigle n'est pas un remède abortif direct, et qu'il prévient, au contraire, l'avortement dans certaines conditions. Suit un grand nombre de cas cliniques recueil-

lis dans les livres ou dans la pratique de l'auteur à l'appui de cette conclusion, et d'affections organiques ou hémorrhagiques de l'utérus soulagées ou guéries à l'aide du même remède. L'auteur pense, au reste, que la poudre est la meilleure préparation qu'on puisse choisir dans la pratique lorsque l'estomac ne se ressent pas trop de son action mécanique. On regrette de ne pas trouver de conclusions générales à la fin de ce magnifique mémoire, le plus parfait assurément de tout ce qu'on a écrit sur la matière.)

DOCUMENS DIVERS.

L'ORANGE ET LE CITRON.—Ces deux fruits sont prescrits en médecine de diverses manières. Il y a cette différence entre la limonade ou l'orangeade qu'on appelle *cuite*, et celle qui consiste à mêler tout simplement le jus exprimé dans de l'eau sucrée, froide ou chaude : dans la première, on fait infuser l'écorce et le fruit dans l'eau bouillante, ce qui entraîne, indépendamment de l'acide citrique, l'huile essentielle renfermée dans les petites cellules glandulaires de l'écorce, et probablement aussi plusieurs substances amères qui se trouvent dans le parenchyme du fruit. Il en résulte un liquide plus composé et moins agréable que celui de la limonade et celui de l'orangeade non cuite. Cependant, il est de fait que l'infusion à l'eau bouillante est plus salutaire et plus facile à digérer que l'autre. Elle est plus salutaire, c'est-à-dire plus rafraîchissante, par cela même qu'elle contient, en sus de l'acide, l'huile essentielle de l'écorce dont le mode d'action est analogue à celui de l'acide; et elle est plus facile à digérer, non parce qu'elle est cuite, mais bien parce qu'elle est préparée avec cinq à six fois plus d'eau que l'autre, et en outre parce qu'on la boit chaude, ce qui doit encore contribuer à affaiblir légèrement l'action dynamique du principe végétal, et la rendre par conséquent plus facile à tolérer. L'eau chaude dissout aussi tout le mucilage, ce qui adoucit en partie l'action mécanique, ou physico-chimique de l'acide. Néanmoins, on doit en général préférer la préparation à froid, comme plus simple, plus agréable, plus facile à approprier au degré de tolérance des organes, en la délayant à loisir. On prescrit le jus pur et froid dans le traitement du scorbut (15 à 60 grammes par jour, et au-dessus), dans le pansement de certaines plaies sordides, en l'exprimant soit sur la plaie, soit sur un plumasseau de charpie qu'on applique immédiatement. Le docteur Bright a aussi fait des cataplasmes pour ces sortes de plaies avec de la pulpe d'oranges cuites, et il en a retiré de grands avantages. Il est regrettable que les chirurgiens n'emploient pas souvent dans les pansemens des plaies et des ulcères qui tardent à se cicatriser, sans être pourtant scorbutiques, des lotions de jus délayé de citron ou d'orange; on verrait l'inflammation s'amender et les parties se disposer à une prompte cicatrisation. Nous avons à peine besoin de rappeler, enfin, que le jus d'orange ou de citron est également prescrit par succion dans beaucoup de cas, à l'aide de tranches saupoudrées ou non de sucre qu'on pose dans la bouche. Le parenchyme du fruit est rejeté dans ce cas, mais il est des circonstances où on en permet, où on en prescrit même l'injestion, car il est légèrement laxatif, à raison des sels qu'il renferme (citrates et malates). On compose aussi, avec le jus de citrons, un sirop fort agréable, mais qui est peu usité. On croit communément que les préparations ci-dessus irritent le poumon, parce qu'effectivement elles excitent à tousser lorsqu'on y est prédisposé; mais c'est là tout simplement un effet de l'action locale de l'acide sur le pharynx et l'épiglotte, et qui n'a pas d'importance.

Chimiquement, l'orange et le citron n'offrent pas de différence. Les principes dominans sont les acides citrique et malique, les mêmes qu'on rencontre, sinon réunis du moins l'un d'entre eux, dans tous les autres fruits acides. On y trouve en outre du citrate acide de chaux, du mucilage, du sucre et de l'eau. On voit, par conséquent, que la limonade se trouve toute faite dans l'orange spécialement, et il est des fruits où elle est même aromatisée ou parfumée. En conséquence, lorsque la convalescence des maladies inflammatoires aiguës est franche, que l'estomac commence à reprendre sa vigueur, on ne saurait mieux faire que de permettre aux malades d'en manger; cela vaut mieux assurément pour leur rétablissement que tant de drogues inutiles ou nuisibles que la routine conseille.

Au point de vue dynamique, la même identité résulte de l'observation journalière. Le principe d'action, en effet, c'est l'acide; or, à très-peu d'exceptions près, tous les acides sont hyposthénisans, rafraîchissans, antiphlogistiques; mais, comme tous les autres corps, ils sont pourvus chacun d'une action élective particulière. Généralement, cette action porte sur l'arbre vasculaire, aussi provoque-t-elle des sueurs, des urines, la salivation, durant l'état normal, et, par la même raison, relâche plus ou moins le corps en déterminant une secrétion plus ou moins abondante de liquides dans le tube intestinal. Cette propriété fait que l'usage de ces fruits désaltère, apaise la chaleur fébrile, adoucit l'exaltation cardiaco-vasculaire, et, par conséquent, ralentit le pouls, enlève les irritations gastriques, donne de l'appétit, favorise les digestions, et combat heureusement les constipations hypersthéniques. C'est là la raison pour laquelle on se trouve si bien après les grands repas de manger une orange, ainsi que dans les convalescences, ou de boire un verre de limonade. On a l'habitude en France de servir l'orange en salade au rhum, ou sous forme de punch. L'acide du fruit tempère sans doute l'action excitante de l'alcool, en la neutralisant en partie; mais le résultat est bien différent quand on mange le fruit sans cet assaisonnement; le bienfait du fruit est perdu par la présence de l'alcoolique, et cependant l'acide végétal rend toujours le service d'empêcher le rhum d'être aussi enivrant qu'il le serait si on le prenait sans son mélange. Il faut ajouter, néanmoins, que, dans l'état même normal, il est des estomacs qui ne digèrent pas l'orange pure, surtout si elle n'est pas mûre et sucrée. Elle est trop froide, comme on dit, c'est-à-dire trop hyposthénisante, pour l'organe délicat habitué à un certain degré de stimulation pour fonctionner parfaitement. On tempère alors l'acide avec quelques gouttes de rhum, d'eau-de-vie, ou de vin d'Espagne.

On a écrit partout que l'écorce de l'orange ou du citron était tonique, excitante, fortifiante. Sur quoi a-t-on basé cette opinion? Probablement sur ce fait, qu'exprimée sur une flamme de chandelle, l'huile essentielle qu'on fait jaillir prend feu, et que mâchée, elle pique la langue comme le poivre; mais c'est là un jugement mal fondé, par la

raison que ces phénomènes se rattachent à une action physico-chimique. Nous avons étudié cette essence à loisir, plusieurs flacons nous ayant été envoyés, il y a quelque temps, du pays même où on la prépare (Reggio, en Calabre); nous l'avons étudiée comparativement à l'essence de bergamotte, et nous sommes arrivés à cette conclusion, que soit qu'on la donne par bouche, soit qu'on l'applique sur des plaies, son action est hyposthénisante et très-marquée. Nous nous sommes assuré que rien ne prévient mieux les inflammations traumatiques, rien ne favorise aussi bien la réunion des plaies par première intention qu'une petite quantité d'essence de citron, d'orange ou de bergamotte. Le docteur F. Calabrò, qui a fait une remarquable brochure sur ce sujet, a mis d'ailleurs le fait hors de contestation par de nombreuses expériences cliniques, et il est facile de s'assurer, sur les ouvriers mêmes qui coupent et expriment les écorces de ces fruits pour en tirer l'huile essentielle, que les coupures profondes qu'ils se font si fréquemment aux doigts en travaillant se guérissent avec une rapidité étonnante et ne suppurent jamais, malgré le peu de soin qu'ils prennent à se panser. C'est donc un préjugé, une erreur, selon nous, de dire que le sirop d'écorce d'orange est tonique, excitant; si ce sirop contient réellement un peu de l'huile de l'écorce, on peut être certain, au contraire, qu'il est hyposthénisant, rafraîchissant, comme l'acide lui-même du fruit. Quant à l'écorce confite, si elle a été bouillie longtemps dans l'eau, elle n'a presque plus d'action médicamenteuse, par la raison que les petites bulles qui existent à sa surface et qui renferment l'essence comme dans autant de petites capsules, sont détruites par l'ébullition, et la partie huileuse disparait. Ce que nous venons de dire de l'essence de l'écorce s'applique pareillement à la fleur d'oranger et à son eau distillée. Cette eau n'a pas l'action qu'on lui suppose; elle est tout simplement hyposthénisante, comme l'huile essentielle de l'écorces et c'est aussi à ce titre qu'elle est réellement utile dans certains troubles nerveux, et qu'elle favorise les digestions; si cette eau était effectivement excitante, comme on le croit, elle nuirait beaucoup dans les cas où on l'applique communément, et nous engageons les praticiens à ne pas compter sur son action dans les circonstances où un effet véritablement stimulant est jugé nécessaire; on doit alors préférer les alcooliques, l'éther ou la cannelle. Nous n'exceptons même pas la feuille d'oranger de la règle dynamique que nous venons de poser. Les cas, en effet, dans lesquels la feuille d'oranger est prescrite avec avantage, soit en infusion (3 à 6 feuilles par pinte d'eau bouillante), soit en poudre (de quelques centig. à un gramme au plus), sont précisément ceux dont la condition dynamique est hypersthénique, tels que les dyspapsies, les congestions utérines, les irritations dites nerveuses, certaines douleurs, etc. On croit qu'il n'y a là que de la faiblessesse au fond; cependant, la faiblesse véritable, l'asthénie, ne produit pas ces effets; et l'on déduit de là que le remède est tonique parce qu'il dissipe la maladie supposée de faiblesse. Nous savons bien que cette manière de voir est en contradiction avec les idées généralement professées, puisqu'on enseigne que le jus d'orange et de citron est tonique ou excitant à l'état pur, et rafraîchissant au contraire lorsqu'il est délayé sous forme de limonade (singulière logique qui change ainsi la propriété dynamique des corps ! !); que l'écorce du fruit, la fleur, l'huile essentielle, l'eau distillée, les feuilles sont également toniques, excitantes, anti-spasmodiques. Nous nous serions abstenu de rédiger cet article si nous n'avions qu'à répéter les idées connues que nous regardons comme des erreurs. On lit dans Barthez (Traité des mal. gout., liv. 1, ch. 1.): « Les fruits doux et subacides sont singulièrement utiles pour prévenir la formation des humeurs goutteuses. Ainsi, Linneus a dit, et paraît avoir prouvé par le fait, que l'usage habituel des fraises est extrêmement avantageux pour prévenir les attaques de goutte. » — Si cette observation est exacte, ainsi que nous n'en doutons nullement, nous trouvons là une confirmation de notre thèse. On prévoit déjà que si les remarques que nous venons d'exposer sont fondées sur les applications thérapeutiques des corps en question, ils doivent subir des changemens essentiels et trouver des indications bien autrement rationnelles et étendues que par le passé.

CLINIQUES CHIRURGICALES.

REMARQUES GÉNÉRALES.

Plusieurs remarques importantes nous ont frappé dans l'excursion des hôpitaux pendant le courant du mois. D'abord l'espèce d'épidémie d'érysipèle que nous avions signalée dans quelques services est devenue générale ; elle a gagné les hôpitaux périphériques de la ville, tout en persistant à régner dans les hôpitaux du centre. A l'Hôtel-Dieu, à Beaujon, à Saint-Louis, à la Charité, on ne voit que des érysipèles en masse, et la moindre contusion, la plus légère irritation, l'ouverture d'un abcès quelconque se couvrent promptement d'érysipèle, et ces érysipèles marchent assez souvent vers une terminaison désastreuse. Nous avons cité plusieurs cas de l'hôpital des Vénériens où le mal a gagné le péritoine et est devenu mortel. A la Charité, il conserve toujours le caractère phlegmoneux, ce qui le rend très-redoutable et fréquemment fatal. Dernièrement encore quatre malades ont été traités dans le service de M. Gerdy pour une contusion au coude; tous les quatre ont été saisis d'érysipèle phegmoneux grave, avec sphacèle du tissu cellulaire sous-cutané ; chez l'un, c'était une femme, on a dû pratiquer 18 ou 20 profondes incisions dans tout le membre pour limiter les ravages affreux de la maladie. A Saint-Louis, l'épidémie a revêtu une forme bien plus terrible encore, celle de la *pourriture d'hôpital* à différens degrés. Plusieurs plaies, très-belles auparavant, se sont subitement couvertes d'une fausse membrane grisâtre, molle, bulleuses ; les chairs sont devenues blafardes, la suppuration a pris le caractère sanieux, et le travail de cicatrisation a sur-le-champ rétrogradé. Une vive douleur dans le membre annonçait la déclaration prochaine de la pourriture; on a observé, au reste, différens degrés dans cette complication : le simple ramollissement blafard, une mince couche de couenne gangreneuse grise et une pourriture bulleuse. M. Jobert a dû se mettre en garde contre un pareil état de choses, il a cautérisé les plaies, frappées ou menacées de pourri-

ture, avec le nitrate acide de mercure, et le désordre a été ainsi arrêté. Cependant nous devons dire que ces mêmes plaies ne marchent pas encore franchement vers la réparation, bien que leur aspect soit louable d'ailleurs. Ainsi, par exemple, un amputé des quatre derniers doigts de la main, opéré depuis six semaines, et qui a été frappé de pourriture, offre une plaie de belle apparence ; cependant cette plaie reste stationnaire, ses bords ne s'affaissent point, et la cicatrisation n'est pas prête à reparaître, malgré que le sujet soit jeune et fort; ainsi de plusieurs autres. A l'Hôtel-Dieu, les moindres piqûres de saignées ou de sangsues s'enflamment, suppurent et emmènent des phlébites mortelles, ou bien elles se couvrent d'érysipèle qui marche vers d'autres points et détermine des accidens fort graves. Des abcès de peu d'importance, qui, dans d'autres momens, se guérissent en peu de jours, deviennent une source de phlogose érysipélateuse après l'ouverture, qui oblige à un long traitement et prolonge le séjour des malades à l'hôpital, si même ils ne succombent. Tel est le cas d'un jeune homme qui était traité d'un abcès, dans l'aisselle, dans la salle Saint-Jean ; tel est aussi le cas d'une jeune femme qu'on traitait pour un abcès au sein dans la salle Saint-Paul, et qui est morte de l'érysipèle, et de deux autres, dont une opérée d'un cancer au sein, et qui a succombé pareillement, malgré les soins éclairés de l'habile praticien. Les sujets qui survivent deviennent pâles, faibles, abattus, comme s'ils sortaient d'une affection typhoïde. Il y a évidemment dans ces différentes formes de la maladie, savoir : dans l'érysipèle simple ici, phlegmoneux là, gangreneux ou avec pourriture à côté, phlébitique ou péritonéal plus loin, etc.; il y a, disons-nous, unité d'action, similitude morbide au fond, la différence n'étant que dans le degré et dans des modifications par des circonstances particulières, insaisissables à notre observation.

Le traitement qu'on a suivi partout est l'antiphlogisque, et il n'y en a pas d'autre pour combattre le fond dynamique de l'érysipèle. Malheureusement, cependant, il est souvent resté au-dessous du mal. M. Gerdy pratique en même temps de profondes scarifications, qu'il multiplie, dans les seuls cas, bien entendu, où l'affection offre le caractère phlegmoneux ; des cataplasmes par dessus, diète, boissons rafraîchissantes. M. Blandin va au devant de l'irradiation de la phlogose en appliquant des sangsues en grand nombre sur la racine du membre ou sur le lieu d'afférence des vaisseaux de la région frappée d'érysipèle ; ainsi, si le mal débute au pied, à la jambe, à la main, au bras, il suit avec les doigts la direction des vaisseaux ascendans, ymphatiques ou veineux, et là où il trouve des ganglions engorgés, comme à l'aîne ou à l'aisselle, au devant de la clavicule, ou même sans la présence de ganglions développés, là, il applique une forte dose de sangsues. Cette pratique réussit généralement à faire avorter l'érysipèle ordinaire, mais elle échoue souvent dans l'épidémie actuelle ; elle est basée sur cette observation incontestable que l'érysipèle n'est au fond qu'une phlébite capillaire ou une lymphite ; elle marche en effet dans la direction des tuniques de ces vaisseaux. Tous les phénomènes, d'ailleurs, de la maladie, et la dissection anatomique elle-même s'accordent parfaitement avec une pareille caractérisation. D'où il suit que les véritables remèdes dynamiques de l'érysipèle sont les hyposthénisans vasculaires. Le nitrate de potasse et le sulfate de quinine par bouche, et même localement en fomentations, sont, en même temps que les sangsues, prescrits à ce titre avec un avantage remarquable dans plusieurs hôpitaux d'Italie. Il est d'observation, en effet, que les seules évacuations sanguines sont souvent insuffisantes dans les angéioïtes capillaires; aussi les remèdes contro-stimulans sont, dans ces cas, d'un puissant secours. Dans des épidémies d'érysipèle traitées à Gênes par M. Majon, ce qui a le mieux réussi ce sont les fomentations avec une forte solution de tartre stibié, et le sulfate de quinine intérieurement. M. Blandin joint encore localement, avec les cataplasmes et les sangsues, des frictions abondantes de graisse (axonge), comme simple remède mécanique émollient. M. Jobert, de son côté, attaque le mal par des frictions de pommade de nitrate d'argent, qu'il regarde comme un puissant antiphlogistique, et *constamment* l'érysipèle s'est limité. Il emploie trois numéros de cette pommade, suivant l'intensité de la maladie ; les proportions sont de 4, 8, 12 grammes de sel argentique par 30 grammes de graisse (1, 2, 3 gros par once) ; il en résute un composé qui enlève le travail phlogistique, noircit l'épiderme, occasionne une petite éruption miliaire ou des bulles épidermiques qui se desquamment en peu de jours, et les choses s'arrêtent là. On met de cette pommade une forte quantité chaque fois, de manière à couvrir, à graisser abondamment la région, un membre entier, la figure entière quelquefois, ce qui donne aux malades l'apparence du nègre; jamais d'accidens. Nous avons vu dans le service de M. Jobert des cas excessivement graves d'érysipèle arrêtés et guéris comme par enchantement, par le seul usage de cette pommade. Dernièrement encore, chez un malheureux qui s'était jeté d'un troisième étage et qui s'était fracturé les deux jambes avec sortie des os, un érysipèle presque phlegmoneux s'est déclaré sur tout le membre gauche, les grosses veines de la jambe et de la cuisse étaient évidemment phlogosées; on a enduit de pommade argentique tout le membre, surtout dans le trajet des grosses veines et autour des plaies ; le mal qui menaçait le tronc et la vie s'est arrêté sur-le-champ, et le malade a guéri ; on sentait consécutivement la veine crurale oblitérée dans son trajet supérieur. Pour prévenir aujourd'hui les érysipèles si fréquentes et si graves qu'occasionne le diachylon ordinaire dans le pansement des plaies, MM. Blandin et Jobert se servent du sparadrap à la gélatine que fabrique M. Ancelin, pharmacien. Cette toile est effectivement fort commode, elle offre plusieurs degrés d'adhérence, selon les besoins des pansemens, sans présenter l'inconvénient d'irriter la peau ou les bords des

plaies. Il n'est pas de pansement qu'on ne puisse faire commodément avec le *sparadrap à la gélatine*, qui offre en même temps l'avantage d'une économie notable sur les sparadraps ordinaires. Pour appliquer ou ôter les bandelettes, il suffit de les mouiller avec de l'eau. Il est probable que cette mesure dans les pansemens sera adoptée généralement par les chirurgiens.

Un autre point important que nous devons signaler est relatif à l'état où se trouvent certains opérés atteints de maladies des os, et à l'urgence qu'il y aurait, pour les hôpitaux, de pouvoir disposer d'un établissement d'eaux minérales, ainsi que cela existe pour les hôpitaux militaires. Il y aurait économie, pour l'administration elle-même, par une pareille acquisition (si facile d'ailleurs), car on n'aurait pas, pendant un temps indéfini dans les hôpitaux, des malades qui auraient pu guérir promptement à une source d'eaux minérales. Les hôpitaux militaires jouissent de cet avantage, ils ont leur entrée dans plusieurs établissemens, et l'on en retire des bienfaits incalculables. Cette réflexion nous était suggérée dernièrement par la vue d'un enfant que M. Blandin a opéré heureusement en lui extirpant le premier os métatarsien, et en lui conservant le gros orteil ; malgré que les os restans soient sains au fond, les chairs restent mollasses, gonflées, baveuses, fistuleuses, et le malheureux enfant est là *in statu quo*, à occuper longtemps le chirurgien inutilement, peut-être, et un lit qui pourrait servir plus avantagement désormais à d'autres malheureux ; tandis que cet état, qui tient incontestablement à sa constitution, se dissiperait rapidement à une source d'eau thermo-minérale, et ce serait là un service immense rendu à peu de frais. A côté de ce malade en est un autre qui se trouve à peu près dans le même cas, il a été amputé heureusement de la jambe par la méthode prémalléolaire, sa plaie a guéri, mais il est retenu indéfiniment à l'hôpital pour une périostite du tibia du moignon. Un pareil état peut se terminer fâcheusement, tandis que sa guérison ne se ferait pas longtemps attendre par le bénéfice des eaux. On voit, dans le service de M. Gerdy, un cas exactement pareil. A côté de celui-ci est un autre opéré, à la Charité, d'une nécrose invaginée d'une première phalange au doigt annulaire du côté gauche ; le sujet est scrouleux, ou autrement maladif, la plaie est restée stationnaire depuis plusieurs mois ; on a eu beau cautériser, comprimer, employer des bains de quinquina ou d'autre espèce, plus ou moins coûteux, rien n'y fait, et l'on ne sait quand et s'il guérira. C'est que le vice est ailleurs que dans la localité, et rien ne le combat aussi heureusement que l'action des sources. Comment guérir, dans nos hôpitaux, ce malheureux éléphantiaque dont nous parlons plus bas ? Si nous passons de la Charité à d'autres hôpitaux, même les mieux placés, comme Saint-Louis, nous trouvons partout des affections profondes qui se perpetuent dans les salles, qui coûtent beaucoup de peine aux chirurgiens et beaucoup d'argent à l'administration, et qu'on pourrait guérir promptement par la ressource en question. Un malheureux vétérinaire est, depuis plusieurs mois, dans les salles de M. Jobert, par suite d'une blessure à la main dans l'exercice de son état ; sa constitution dépérit, et Dieu sait quand il guérira, faute de ressources plus puissantes pour améliorer son organisme ; ainsi de suite, pour une foule d'autres cas que nous pourrions citer. Généralement, les chefs des services des hôpitaux sentent la nécessité de disposer des bienfaits d'une source minérale ; ce serait donc un service immense rendu à la puissance de l'art, à la société, au pauvre, que de déterminer l'administration à remplir cette lacune importante si désirée, si utile. L'administration militaire envoie ses malades soit aux sources de l'Etat, soit à des sources particulières avec lesquelles elle a passé un marché. On est engoué communément des avantages des sources sulfureuses ; nous venons de démontrer cependant, dans ce numéro, que les sources salino-ferrées thermales, comme Balaruc, Plombières, Bourbonne, etc., produisent tout autant, sinon plus de cures, dans les mêmes affections. Pour les maladies des os, comme pour celles de la peau, les sources salino-ferrées sont même plus avantageuses à cause de l'iode et du brome qu'elles contiennent, conjointement au sel marin. Ces sources étant plus communes, plus abondantes, plus faciles à acquérir en France, doivent préférablement fixer l'attention des médecins et chirurgiens des hôpitaux, et de l'administration.

On avait reproché à Dupuytren de ne pas garder les malades assez longtemps dans ses salles et de les faire sortir avant leur complète guérison. Voyez cependant les inconvéniens immenses d'un trop long séjour à l'hôpital : une maladie instantanée survient et vous enlève les convalescens avec la rapidité de la foudre et d'une manière inattendue. Nous parlions dernièrement d'un individu bien portant qui a péri ainsi en attendant qu'on l'opérât d'une tumeur ; nous parlons aujourd'hui d'une jeune femme qui a succombé de la même manière en attendant qu'on l'opérât d'une fistule. Il y avait eu sans doute écart de régime de la part de ces malades, mais il est vraisemblable que les suites de cet excès n'eussent pas été aussi graves si elles se fussent passées dans des conditions hygiéniques différentes de celles de l'hôpital. Des malheurs de ce genre s'observent à la journée pour ainsi dire, il importe donc que les sujets se renouvellent souvent, qu'il n'y ait pas de patiens chroniques dans les salles sous peine de perdre le fruit de tant de soins et de dépenses. C'est encore là une raison puissante pour décider l'administration des hôpitaux civils à suivre l'exemple de l'administration militaire, en se créant des débouchés vers les sources minérales. Nous désirerions que ces courtes observations ne fussent pas perdues, au moins pour nos confrères qui sentent comme nous la nécessité d'une mesure aussi importante. En Angleterre, les malades sont envoyés aux sources en été comme en hiver, et les armées romaines s'en servaient partout avec avantage dans toutes les saisons. De nos jours, on

a plus qu'autrefois besoin de ce puissant secours pour compléter les convalescences.

Hôtel-Dieu (M. BLANDIN.)

BEC-DE-LIÈVRE. OPÉRATION NOUVELLE.—Un enfant dont nous avons donné l'histoire pathogénique dans l'avant dernier n° (p. 64) vient d'être opéré par M. Blandin. Rappelons d'abord que chez cet enfant le bec-de-lièvre était double; que la voûte palatine était seulement fendue en avant; que le tubercule osseux médian (os intermaxillaire) était très-saillant en avant et par conséquent aussi la bandelette correspondante des parties molles; et enfin que les narines étaient évasées, l'aspect hideux et le patien assez indocile. M. Blandin l'a opéré en deux temps. Voulant conserver le tubercule médian par les raisons que nout dirons, il a commencé dans une première opération par affaisser l'os intermaxillaire, non à l'aide de la seule compression, car on n'y serait pas parvenu, mais en excisant avec des cisailles une portion de la cloison osseuse du nez, et en faisant ainsi un espace vide derrière le tubercule capable de recevoir celui-ci. (C'est par erreur que nous avions imprimé que M. Blandin avait excisé l'os intermaxillaire, c'est la cloison seulement qu'il a excisé) Pour cela il a été facile d'agir à travers les narines évasées, et il a fallu y revenir à deux reprises, afin d'obtenir un espace suffisant derrière le tubercule. Celui-ci a pu alors être repoussé en arrière et enchassé exactement au niveau des deux maxillaires écartés, de manière à ne faire avec eux qu'une seule arcade continue, un petit peu saillante dans le milieu, précisément comme elle l'est dans l'état naturel. Le reste de l'opération a été à l'ordinaire; il s'est agi de rafraîchir les côtés du lambeau mitoyen et des lambeaux latéraux pour réunir le tout, ce qui a été parfaitement exécuté. La pointe du nez s'est trouvée complétement tirée en bas par le rapprochement des parties molles, le nez lui-même a été épaté, et les narines évasées, mais l'observation a appris que cet inconvénient disparaîtra par les progrès de la croissance. Au reste, M. Blandin se propose de le faire disparaître au besoin, aussitôt que la réunion aura été consolidée, en pratiquant une petite incision transverse à la partie inférieure de la sous-cloison, précisément entre la lèvre et la sous-cloison, à l'origine de cette petite fossette de la lèvre qu'on appelle *filtre*. Cette petite incision aura le double but de dégager le pavillon nasal, de permettre au lobe du nez de se relever, aux aîles nasales de revenir à leur poste naturel et d'empêcher que ces parties ainsi tiraillées ne déplacent la lèvre supérieure en la renversant en haut, ainsi que cela arrive assez souvent.

— Deux points surtout méritent l'attention dans cette importante opération. D'abord la conservation du tubercule osseux et son applatissement à l'aide de l'excision de la crête osseuse placée derrière lui; ensuite le débridement du pavillon nasal, ou plutôt l'allongement de la sous-cloison, afin de donner à ce cartilage une forme convenable et empêcher en même temps son tiraillement sur la lèvre. On comprendra aisément les avantages de cette pratique en prenant pour exemple le cas de la mère de cet l'enfant, qui était présente, et qui avait offert exactement la même lésion, ainsi que nous l'avons déjà dit. Cette femme a été dans le temps opérée par l'habile chirurgien, feu Deguise, à Charenton, et d'après la pratique d'alors; c'est-à-dire en excisant d'abord le tubercule osseux médian. La réunion a été parfaite, mais la difformité est fort choquante malgré cette réunion. Il en est résulté et effet un affaissement de la lèvre supérieure dans le creux de l'os enlevé, et la lèvre supérieure est venue faire saillie en avant et chevaucher sur la supérieure comme un bec de perroquet, ce qui est fort disgracieux; en outre, le nez ayant perdu son appui mitoyen, s'est jeté en avant, s'est allongé considérablement et en se recourbant se dirige vers la bouche comme une corne de rhinocéros; de sorte que l'aspect de la partie réparée offre sans doute des avantages sur l'état primitif, mais ces avantages n'ont été rachetés que par des inconvéniens sérieux. Il y a là dans ce double fait un bel enseignement à recueillir en faveur de la chirurgie moderne.

Dans les pansemens consécutifs, M. Blandin a eu soin de maintenir le lobe du nez aplati à l'aide de bandelettes agglutinatives, afin de prévenir la traction ascendante que cette partie pourrait exercer sur le lambeau mitoyen de l a lèvre. La restauration obtenue de la lèvre est la plus parfaite que nous ayons jamais vue entre les mains des meilleurs maîtres, et l'on ne saurait trop se pénétrer de l'importance des différentes manœuvres que nous venons de signaler dans cette observation. Chez un autre enfant, âgé de 7 à 8 mois, que M. Blandin vient aussi d'opérer, le bec-de-lièvre était plus simple, c'est-à-dire ne présentait qu'une seule fente à la lèvre, mais la voûte palatine était aussi fendue , et l'un des maxillaires était plus en avant que l'autre. M. Blandin a réuni à l'ordinaire les parties, et, pour favoriser le rapprochement des joues en avant et des maxillaires séparés, il a fait usage d'un appareil compressif à ressort métallique, armé de deux pelottes, qui passait autour de la tête, à l'instar d'un bandage herniaire ; cet appareil a si bien fonctionné, que les les bords de la réunion chevauchaient presque entr'eux ; l'enfant n'a donné aucun signe de souffrance , et cependant, lorsqu'on l'a ôté le quatrième jour, on a trouvé une escarrhe sur chaque joue par l'action compressive des pelottes. Chacune de ces escarrhes offre la largeur d'une pièce de 2 fr. environ. M. Blandin a suspendu l'usage de la compression et maintenu la lèvre déjà réunie à l'aide de bandelettes collantes ; il n'augure aucun mal sérieux de ces deux escarrhes, le même accident ayant déjà été observé par lui entre les mains de nos maîtres et dans sa propre pratique sans de graves conséquences ; il en résultera deux ulcérations superficielles qui ne laisseront pas de cicatrices bien difformes. C'est une leçon, a-t-il dit, dont on doit profiter pour surveiller le bandage, le visiter tous les jours, malgré que l'enfant n'y accuse pas de souffrance.

TUMEUR ÉRECTILE. NOUVEAU PROCÉDÉ. GUÉRISON PROMPTE. — Un jeune homme portait à la partie latérale gauche du menton une tumeur érectile du volume d'une cerise. M. Blandin l'a opéré *par incision multiple sous-cutanée*. Il a glissé un très-petit ténotome à double tranchant dans l'éponge sanguine par un point un peu éloigné du mal et d'après la méthode dite sous-cutanée; il l'a fait manœuvrer en différens sens en coupant les cloisons et les vaisseaux de la tumeur un certain nombre de fois; des craquemens annonçaient ces divisions; puis il a retiré le bistouri et exercé sur la tumeur une légère compression à l'aide de deux compresses épaisses et d'une bande. Cette compression a été augmentée ensuite, lorsqu'on a vu qu'elle

n'occasionnait pas d'inflammation à la peau. La tumeur s'est affaissée en peu de jours, et elle a disparu complétement. On continue la compression pendant quelques jours encore pour en assurer la cure.

— C'est le quatrième cas de ce genre que M. Blandin opère ainsi avec un plein succès. Dans l'un, tout récent, le mal était à la joue, sur la pommette, chez une jeune demoiselle de province; la tumeur était plate et large; l'incision sous-cutanée, suivie de la compression, l'a guérie en peu de jours. Dans l'autre, la tumeur existait sur le front, et, dans un autre, sur le moignon de l'épaule. Ce qui a paru remarquable dans cette méthode, c'est la promptitude de la guérison sans cicatrice aucune. On comprend cependant qu'elle n'est applicable qu'autant que la tumeur existe sur un point susceptible d'être comprimé avec avantage, et que son étendue n'est pas grande, car on aurait alors à craindre la suppuration, et l'on sait combien ce travail est dangereux dans les vaisseaux, en particulier dans les veines. Il est vrai de dire que de petites tumeurs de ce genre au front, à la mâchoire et sur d'autres lieux voisins des surfaces osseuses ont été guéries par la seule compression, mais le traitement en a été long et pénible; d'ailleurs, la seule compression s'est souvent montrée insuffisante. Marhsal-Hall et aussi Monteggia, si nous ne nous trompons, avaient, comme l'a répété dernièrement M. Pigeaux, proposé le broiement du tissu érectile à l'aide d'une aiguille à cataracte; ce dernier avait même eu l'idée d'introduire l'instrument à une certaine distance de la tumeur, d'après la méthode sous-cutanée. (Ann. de Thérap., t. I, p. 23, 24.) M. Blandin a résolu pratiquement le problème en se servant du ténotome de M. Diffenbach, qui vaut mieux que l'aiguille; il coupe, divise et ne broie pas, ce qui procure une réunion des cellules par première intention. Jusqu'ici cette pratique a paru si simple et si heureuse à l'Hôtel-Dieu qu'elle semble promettre des avantages nombreux sur les autres; peut-être même serait-elle aussi applicable aux grosses tumeurs de ce genre, en les attaquant petit à petit ou par portions avec le ténotome.

TUMEUR HÉMORRHOÏDALE IRRÉDUCTIBLE; NOUVEAU MODE DE TRAITEMENT. (*Incision sous-cutanée du sphincter.*) — Un homme, âgé de 40 ans passés, portait depuis longues années un bourrelet hémorrhoïdal qui d'abord sortait et rentrait au moment des gardes-robes, et qui était, depuis quelques temps, devenu tout à fait irréductible. Sa présence au dehors le rendait par conséquent fort incommode; il s'enflammait souvent et rendait les gardes-robes pénibles et douloureuses; des hémorrhagies abondantes l'accompagnaient de temps en temps. En introduisant un doigt dans le rectum, on sentait que le sphincter était fort contracté; la réduction de la masse était impossible. M. Blandin ne traite autrement ces sortes de tumeurs que par l'incision sous-cutanée du sphincter anal; il en résulte un relâchement qui permet à la tumeur de rentrer et de s'affaisser par l'enlèvement de l'étranglement qui comprimait les veines; les douleurs cessent, les gardes-robes deviennent faciles, et le malade peut, en attendant, guérir radicalement à l'aide d'un traitement dynamique. C'est la pratique qu'il a suivie chez ce malade. Pour couper le sphincter, il a fait soulever un pli de la peau de la marge de l'anus, à quelques millimètres de la base du bourrelet, piqué dans la base du pli avec un tenotome pointu, puis glissé à plat un tenotome boutonné sous la muqueuse du rectum, où un doigt lui a servi d'appui et de conducteur; alors, tournant le tranchant contre le cercle sphinctérique, il l'a coupé de dedans en dehors, entre le coccyx et le pubis; une sorte de craquement a accompagné cette division. A l'instant, l'ouverture anale est devenue libre. Deux jours après, la masse hémorrhoïdale a pu être réduite; le malade est allé à la garde-robe et il s'est trouvé très-soulagé. Consécutivement, la masse hémorrhoïdale avait beaucoup diminué de volume; elle sortait sans doute dans les efforts pour aller à la selle, mais elle rentrait aussi facilement, et le patient a pu reprendre ses travaux habituels.

— Cette manière de traiter les tumeurs hémorrhoïdales peut sembler peut-être peu satisfaisante, car elle n'enlève pas directement la maladie. Il y a cependant dans cette conduite une grande sagesse chirurgicale, car l'enlèvement d'un bourrelet vasculaire dans cette partie n'est pas chose innocente; d'ailleurs cet enlèvement n'est indiqué qu'autant qu'il est irréductible ou qu'il menace de dégénérer; or, l'opération de M. Blandin simplifie le mal, enlève les souffrances, réduit l'affection à une simple infirmité tolérable et guérissable, d'ailleurs, par un traitement dynamique, par l'usage d'eaux minérales, de purgatifs, de lavemens à l'eau froide, mêlée ou non à de faibles doses de bicarbonate de soude, d'acide nitrique, et aussi par des pommades diverses, par la sobriété, etc. C'est d'ailleurs une ressource précieuse pour les cas où le mal est inopérable par d'autres raisons. M. Blandin a traité de la sorte une vieille dame de haute condition dont l'existence était menacée par une affection de ce gence; il a réduit la masse étranglée à l'aide de l'incision du sphincter, et depuis lors cette dame jouit d'une excellente santé. Nous avons vu Boyer, Dupuytren et M. Roux, opérer dans ces cas le bourrelet à l'aide du bistouri ou de la ligature; c'est une affaire très-grave, surtout chez les sujets âgés. L'idée de M. Blandin est donc digne de l'attention des praticiens.

NOUVEL IRRIGATEUR DU COL DE LA MATRICE. — M. Blandin vient d'essayer, avec un avantage très-marqué, un appareil d'un médecin de province, M. Foucaud, destiné à produire une irrigation continue, jour et nuit, sur le col de l'utérus, sans mouiller le lit, ni obliger la malade à rester à découvert. Cet appareil se compose de quatre pièces qui n'en forment qu'une, savoir : d'un sac en tissu de caoutchouc imperméable qu'on pend au ciel du lit, et qui sert de récipent au liquide qu'on veut injecter; d'un tube en même tissu, gros comme le pouce, qui en part, et sur lequel est appliqué un petit robinet; ce tube devient petit inférieurement; il est assez long pour pouvoir tourner d'un côté du lit, et être glissé sous les couvertures sans découvrir la malade. Ce tube s'adapte inférieurement à une sorte de pessaire creux en ivoire, rond à son extrémité et percé en arrosoir. A ce même arrosoir s'adapte un second tube efférent, qui reçoit

l'eau lancée par l'instrument, par l'intermède d'une gouttière circulaire creusée autour du même pessaire, et la conduit au dehors par dessous les couvertures dans un seau placé sur une chaise à côté du lit, de sorte que le jet frappe le col utérin et retombe dans la gouttière circulaire pour revenir par le tube efférent. Cet appareil est très-simple, très-ingénieux et d'une efficacité réelle. La malade sur laquelle on l'a essayé est une jeune femme qui avait un engorgement inflammatoire du col, et qui s'est trouvée parfaitement par la seule irrigation d'eau fraîche. On peut rendre le liquide plus énergique par l'addition de divers médicamens au besoin.

EXCROISSANCE AU MÉAT URINAIRE CHEZ LA FEMME. — On sait que Boyer a signalé une petite excroissance charnue du volume d'un pois environ, excessivement douloureuse, qui se montre sur l'un des côté du méat urinaire chez la femme. On en voit un exemple en ce moment sur une demoiselle couchée dans une des salles du service de M. Blandin; l'excroissance est placée dans la substance même du clitoris; elle est très-rouge et pointue comme une très-petite cerise; la patiente y accuse de très-vives douleurs et des démangeaisons. M. Blandin en pratiquera l'extirpation. Cette tumeur est assez rare; M. Blandin n'en compte que trois ou quatre exemples dans une pratique déjà longue; Boyer n'en citait qu'un petit nombre; nous avions observé une fois cette maladie à la clinique de ce grand maître. L'excision donne beaucoup de sang et de douleur; et si elle n'est pas complète, le mal se reproduit. Boyer ne pensait pas que cette affection fût cancéreuse au fond. Ce qu'il y a de remarquable dans cette maladie, c'est la douleur atroce quil'accompagne et le peu d'apparence de la tumeur, de sorte qu'on peut la méconnaître si on n'examinait pas la femme attentivement. Boyer citait des cas de femmes qui avaient été traitées pour un cancer à la matrice, alors qu'elles n'avaient qu'une petite excroissance de ce gence. Dans un travail que vient de publier le docteur Schützenberger, de Strasbourg, et dont nous donnerons un extrait plus loin, l'auteur considère l'excroissance comme formée par la muqueuse urètrale, par suite d'affections syphilitiques. Ce serait, selon lui, une sorte de fongus de la muqueuse. Chez la femme en question, cependant, la végétation existait dans le clitoris, par conséquent en dehors de l'urètre.

PROCIDENCE CHOROÏDIENNE ANCIENNE. EXTIRPATION DE L'ŒIL. *Dissection anatomique intéressante.* — Un homme, âgé de 50 à 60 ans, avait reçu un coup, il y a longtemps, à la pommette et au front; mais l'œil n'avait pas été blessé, à ce qu'il croit. Quoi qu'il en soit, il est entré à l'hôpital, offrant l'œil gauche chroniquement enflammé et dépourvu de toute faculté visuelle. A l'examen, on a constaté une procidence de la choroïde à l'hémisphère supérieur, précisément vers le point d'union de la cornée avec la sclérotique; cette procidence offrait le volume d'un demi-petit pois, et était couverte de lymphe plastique; la chambre antérieure était effacée, ou du moins fort rétrécie; pupille resserrée et adhérente à la capsule cristalline opaque, conjonctive globulaire généralement injectée, fort rouge; quelques vaisseaux dilatés serpentaient par dessus les autres. M. Blandin avait soupçonné l'existence d'une affection cancéreuse au fond de l'œil, et il a jugé prudent d'extirper tout l'organe. Cette opération a été exécutée promptement d'après la méthode de Louis, modifiée par Desault. L'œil extirpé a été disséqué; le fond était sain, le corps vitré diaphane, bien qu'à l'état déliquescent et diminué de volume; la rétine avait disparu en grande partie; la choroïde était fortement engagée dans l'ouverture de la procidence, sans y adhérer solidement cependant. Regardée par sa face postérieure, l'ouverture pariétale s'offrait sous l'apparence d'une fente, résultant d'un véritable décollement de la circonférence de la cornée; le bord, cependant, de cette fente était épaissi et résistant; sa longueur pouvait être évaluée à 3 millim. (1 ligne 1/2); par sa face conjonctivale, elle était couverte par la conjonctive adhérente et ulcérée sur ce point; sa forme était ronde en apparence de ce côté, à cause de la saillie de la procidence, et beaucoup plus étroite; de sorte que, d'après l'ulcération apparente à l'extérieur, on n'aurait pas cru avoir au fond une brèche aussi profonde que celle que nous venons de mentionner. M. Blandin a essayé, avec la pince, de tirer sur le bord de l'ouverture, comme pour décoller davantage la cornée, mais la résistance était très-grande. La cornée, au reste, n'était pas opaque; elle ne semblait obscurcie, au prime-abord, que par la présence de l'iris, qui se trouvait presque en contact avec sa face postérieure. Le cristallin n'était pas opaque. La choroïde paraissait plus injectée que dans l'état normal, et un peu épaissie; mais elle conservait sa couleur naturelle. Le globe entier paraissait un peu atrophié, par l'effet, sans doute, de la diminution du corps vitré. La sclérotique était saine.

— Nous le répétons, M. Blandin n'a extirpé complétement l'organe que comme mesure de prudence, un soupçon d'une végétation fongueuse s'étant présenté au prime-abord. Il a reconnu cependant, à la dissection anatomique, que la seule amputation de l'hémisphère antérieur aurait suffi pour enlever le staphylame; et peut-être même un traitement dynamique et la cautérisation de la tumeur auraient également suffi pour amener une atrophie salutaire; mais on comprend que cela eût été long et difficile; d'ailleurs, l'œil était perdu, le sujet âgé et souffrant beaucoup par sa maladie. En conséquence, la pratique suivie dans ce cas n'a aucun inconvénient réel, elle a été dictée par un diagnostic douteux. M. Blandin, néanmoins, avait reconnu à l'examen l'existence des caractères d'une choroïdite ancienne. Cette observation offre un grand intérêt à cause de la dissection de l'organe.

TROIS PIÈCES DE MONNAIE AVALÉES. — Une femme, âgée de quarante ans environ, était entre les mains de la justice pour répondre à des accusations qu'il est inutile de mentionner ici; elle venait d'être interrogée par le juge d'instruction, lorsqu'elle a voulu se suicider en avalant troi pièces de monnaie, savoir : un gros sou, une pièce de deux francs et une autre d'un franc. Ces pièces se sont arrêtées dans l'œsophage où elles sont restées pendant neuf jours; pendant ce temps, la malade a été gravement affectée de dyspnée, de dysphagie, de vomituritions sanguinolentes. Consécutivement, les corps étrangers sont descendus dans l'estomac, ont parcouru le tube intestinal et sont venus enfin s'arrêter vers la valoule iléocœcale. Des purgatifs lui ont été administrés sans effet, ils ont été vomis; des lavemens ont été rendus sans beaucoup de matières. Aujourd'hui, un mois après l'ingestion, la femme a été transportée à l'Hôtel-Dieu. A l'examen, on trouve l'hypogastre uniformément gonflé, mais d'une manière circonscrite comme chez une femme enceinte de cinq ou six mois; ce gonflement est empâté et sensible au toucher comme dans les

mitro-péritonites ; à droite, on sent dans la fosse iliaque des duretés, et le toucher produit une douleur vive; la percussion y accuse un son mat. Pas de douleur à l'estomac ni de fièvre. M. Blandin a prescrit des bains prolongés, des cataplasmes émolliens, des lavemens huileux ; il tient la malade en observation, rien n'indiquant pour le moment la nécessité d'agir autrement. Nous ferons connaître l'issue de ce cas intéressant.

— A cette occasion, M. Blandin s'est livré à des considérations d'un haut intérêt pratique sur la circonspection qu'il faut avoir pour se décider à pratiquer la gastrotomie dans le but d'extraire des corps étrangers avalés. La nature en effet se suffit souvent à elle-même dans ces occurences, si l'on sait se borner à combattre les accidens inflammatoires. Outre que le diagnostic pourrait être fallacieux sur le siége précis du corps étranger, on s'exposerait à ouvrir le péritoine avant que la nature ait établi des adhérences salutaires. Si le corps n'est pas rendu par l'anus, un abcès se forme ordinairement dans la région iliaque droite ; on l'ouvre et on extrait par là le corps étranger. Lorsqu'il était élève, M. Blandin a vu à l'ancien hospice de perfectionnement un homme, jongleur de profession, qui s'introduisait des fragmens d'épée dans l'œsophage; une fois, qu'il fonctionnait ainsi sur la place de l'Ecole de Médecine, il a avalé une lame de baïonnette, moins la partie coudée ; elle lui a échappé des doigts et est descendue dans l'estomac. Des accidens sont survenus ; le professeur Dubois père, est resté en observation jusqu'à ce qu'un abcès se fût formé dans l'aîne ; il a extrait par là la baïonnette et l'homme est guéri. A. Paré dit aussi (liv. 25, c. 16) que deux voleurs firent avaler de force, à un berger, un couteau long d'un demi pied, dont le manche était de corne. Ce couteau demeura six mois dans le corps, causa des accidens, entre autres des douleurs vives dans le ventre, et un marasme général; enfin, un abcès se forma dans l'aîne, Guillemet l'ouvrit et retira par là le couteau, le berger guérit promptement. M. Blandin a rappelé un fait non moins intéressant arrivé sur la personne d'un des anciens professeur de l'école, Richard. Arrivé à un âge avancé, ce botaniste souffrait aux intestins et présentait une tumeur dure dans la fosse iliaque droite ; Boyer, Dupuytren et d'autres chirurgiens célèbres, dont la faculté s'honorait alors, ont été consultés. On s'accordait à reconnaître dans la tumeur une production carcinomateuse de la valvule iléo-cœcale ; Boyer pensa qu'il n'y avait rien à faire, et qu'il fallait pallier le mal pour prolonger autant que possible l'existence ; Dupuytren voyait, lui, la possibilité d'attaquer le mal avec le bistouri et d'établir un anus contre nature ; le patient s'en est tenu au conseil de Boyer. Quel a été l'étonnement de tout le monde quand, quelque temps après, le prétendu carcinome a été expulsé par l'anus ? C'était une sorte de bézoard formé par des matières indurées. Le malade a guéri et a vécu longtemps après. On peut voir dans le magnifique mémoire d'Hévin, une multitude de faits concernant des corps étrangers volumineux comme des ciseaux, des couteaux, de grosses pièces de monnaie avalés et rendus à la longue par l'anus; on en trouve également dans l'ouvrage de M. Jobert de Lamballe.

ABCÈS PAR CONGESTION. PONCTIONS SOUS-CUTANÉES.—Un homme âgé d'une cinquantaine d'années portait un abcès par congestion, du volume des deux poings, à la partie interne et supérieure de la cuisse gauche. Le pus paraissait provenir de dessous l'arcade crurale, mais on n'a pu déterminer le point de sa naissance. On a fait deux ponctions sous-cutanées à un mois de distance, et l'on a appliqué des cautères aux reins. La poche de l'abcès s'est beaucoup épaissie, et ne s'est remplie que très-lentement pour la troisième fois. Aujourd'hui, un mois après la dernière ponction, on en a fait une nouvelle et l'on n'a obtenu que peu de pus, environ un demi-verre, et de bonne nature. La constitution du malade est en bon état, et tout fait espérer que ce malade guérira peut-être. D'où il faudra conclure qu'il ne s'agissait pas d'un abcès avec lésion osseuse, mais bien d'un abcès froid, par fusion de tubercules ou d'autres tissus morbides autour de la colonne vertébrale ou dans le bassin. Deux autres malades atteints d'abcès par congestion véritable, se trouvaient en même temps dans la même salle et traités de la même manière, ils viennent de périr misérablement, à un jour de distance. La ponction sous cutanée ne change donc rien, malheureusement, à la marche de cette terrible maladie. Après la seconde, la troisième ponction, la piqûre s'enflamme, suppure, et le parallélisme avec le foyer se rétablit. C'est ce que Boyer avait lui-même observé. Une remarque assez curieuse chez ces sujets, c'est qu'aux derniers momens de la vie, le foyer laisse transpirer une certaine quantité de sang de sa surface.

— Nous ne saurions trop répéter ce que nous disions dans le dernier n° sur la ponction sous-cutanée qu'on applique à ces sortes d'abcès, et à laquelle on avait attaché une importance telle qu'elle devait guérir la maladie. Malheureusement il n'en est rien, par la raison, nous le redisons encore, que le mal n'est pas dans l'abcès, mais bien dans l'érosion suppurante, la carie ou la nécrose des vertèbres, que l'art ne sait pas encore guérir dans cette région.

FAITS DIVERS. 1° *Ablation du premier os métatarsien, conservation du gros orteil.* — Un petit enfant scrofuleux portait une suppuration au pied avec un gonflement énorme. Une exploration attentive a fait reconnaître que le foyer du mal était dans le premier métatarsien. M. Blandin a pratiqué la désarticulation de cet os en conservant le gros orteil. Le petit malade va parfaitement. C'est là une des ressources heureuses de la chirurgie moderne conservatrice. Autrefois on aurait sacrifié le gros orteil, ou même le pied ou la jambe dans les cas de cette espèce.

2° *Double pied-bot compliqué. Flexion des deux jambes. Ténotomie multiple. Appareil dextriné* — Une petite fille âgée de huit à dix ans portait deux pieds-bots varus, avec flexion excessive de la voûte plantaire et abduction du gros orteil; en outre les jambes étaient à demi fléchies sur les cuisses. M. Blandin a opéré à plusieurs reprises, en coupant les tendons d'Achille, les périoniers latéraux, l'aponevrose plantaire, l'abducteur du gros orteil ; et aux genoux, les demi-tendineux, demi-membraneux, le biceps ; toutes les saillies tendineuses en un mot qui ont paru s'opposer à la rectification du membre ont été tour à tour coupées d'après les principes du chirurgien qui, le pre-

mier, après M. Stromayer, a étendu la ténotomie, M. Diffenbach, et du docteur Duval, qui, le premier, l'a appliquée aux demi-ankyloses angulaires du genou, et pratiqué avant tout autre en France, la ténotomie du pied-bot. Il est cependant des charlatans qui, abusant de la faveur de la presse, osent se donner pour auteurs de ce qui ne leur appartient aucunement, et ils répètent tant de fois la chose, qu'à la fin la multitude qui n'a pas suivi la marche de la science finit par les croire. Après la ténotomie, M. Blandin a maintenu les parties mollement et un peu étendues à l'aide d'un appareil ordinaire à fracture ; le lendemain ou le surlendemain il a rectifié le membre, puis il a finit par le fixer dans la rectitude tout à fait normale, à l'aide d'un bandage dextriné et de compresses. Cela agit tout aussi heureusement que les mécaniques ; car le membre reste emboîté parfaitement comme dans un étui en fer blanc, et rien n'empêche de faire marcher le patient à l'aide de béquilles. Cet appareil, au reste, est défait et refait à volonté ; il est, comme on le voit, à l'abri de toute dépense, de toute perte de temps et des autres inconvéniens propres aux mécaniques. Rien n'empêche, au surplus, lorsque la cure aura été avancée, de substituer au bandage un petit appareil très-simple, que l'administration des hôpitaux fournit gratis, et dont le patient pourra se servir par la suite, pendant quelque temps, au sortir de l'hôpital. Cette malade va bien jusqu'à présent.

3° *Mydriase traumatique.* — Nous avons parlé dans le dernier numéro d'un malade qui, par suite d'un coup de verge sur l'œil offrait une mydriase d'apparence amaurotique. Nous avions fait nos réserves sur l'issue de ce cas. L'avenir a prouvé que la rétine n'avait pas perdu la faculté de voir, puisque la fonction s'est rétablie en grande partie dans cet œil, mais la pupille est restée dilatée, moins cependant qu'elle ne l'était dans le principe. Il serait difficile si non impossible de dire précisément à quoi tient cette persistance de la dilatation pupillaire et si elle disparaîtra tout à fait par la suite.

4° *Tumeur érectile à la racine du nez. Petit séton.* — Un petit enfant, âgé de huit mois, portait à la racine du nez, entre les deux sourcils, une tumeur érectile du volume d'une grosse prune. Sa nature paraissait veineuse. M. Blandin a passé de haut en bas et vers son milieu un stylet-aiguille entraînant un brin de fil ciré qu'il y a laissé comme séton. Quinze jours après la tumeur avait diminué de volume, était moinsvascularisée et suppurait un peu à sa surface ; la compresse faisait sortir sur ce point un peu de pus couleur lie de vin. M. Blandin a cru, pour hâter la cure, devoir passer un second petit séton transversal à la base. Cette méthode lui a généralement réussi dans les cas difficiles comme celui-ci. Dernièrement il a guéri de la sorte une tumeur érectile énorme à la paupière supérieure. Le mal finit par se fondre par suppuration lente.

5° *Maladies articulaires. Appareil dextriné.* — Dans une foule de cas de maladies articulaires inflammatoires (arthrites, fistules, hydrarthroses), M. Blandin applique un bandage destriné, en laissant libre, toutefois, le lien du pansement s'il y a lieu. On assure ainsi l'immobilité et l'on soulage la douleur. La compression agit d'ailleurs comme remède antiphlogistique ; les malades s'en trouvent parfaitement. Nous avons déjà fait remarquer que M. Blandin obtenait pareillement des avantages réels dans la coxarthrocace à l'aide de la fixation inamovible.

6° METRO-PÉRITONITE GRAVE. MERCURE. — Une jeune femme était entrée à l'hôpital, nous ne savons précisément pour quelle maladie ; on a voulu la saigner du bras, mais la chose a été impossible, aucune veine n'étant visible ni touchable au pli du bras : on a dû y renoncer. Une application de sangsues a donné lieu à un érysipèle grave ; puis une péritonite intense et générale s'est déclarée ; on a eu recours à des frictions très-abondantes de pommade mercurielle sur le ventre ; on a consommé rien moins que 200 grammes environ (sept onces) de cette pommade par jour, et le mal a été conjuré au bout de plusieurs jours de ce traitement. A peine, cependant, a-t-on cessé un jour l'usage de ce remède, que la fièvre et la douleur avec empâtement se sont déclarées de nouveau. Le même moyen, cependant, en triomphe une seconde fois.

Hôpital de la Charité. (M. GERDY).

GUÉRISON RADICALE DES HERNIES.—Un jeune homme, affecté de hernie inguinale simple, à droite, est entré dans les salles de M. Gerdy, pour en être débarassé. La tumeur a le volume d'un œuf, et descend jusque dans les bourses ; elle existe depuis quelques mois seulement au dire du malade, et s'est déclarée par suite d'un effort qu'il a fait en voulant soulever un poids ; elle est facilement réductible, et peut être retenue avec un bandage. M. Gerdy doit l'opérer d'après son procédé d'invagination scrotale ; il a cru devoir attendre d'abord la confection d'un bandage convenable, car, comme on sait, il fait porter longtemps le bandage après l'opération, pour favoriser et assurer la cure. Le patient doit être examiné par la commissiou ne l'Institut, composée de MM. Roux, Velpeau et Magendie, avant l'opération. Nous ferons connaître le résultat de ce nouveau cas ; en attendant, nous devons dire que M. Gerdy cite aujourd'hui un assez grand nombre de guérisons radicales à l'aide de son procédé ; quelques-unes de ces guérisons datent de quatre à six ans, les patiens ont cessé de faire usage du bandage depuis longtemps, et ils n'ont plus vu reparaître leur hernie, malgré qu'ils se soient livrés à des exercices plus ou moins forcés. Plus que par le passé, M. Gerdy a confiance dans les résultats de son opération ; ses guérisons ont été déjà constatées en partie par la commission.

—Le procédé de M. Gerdy pour la cure radicale des hernies est si simple, si innocent, qu'on peut s'y soumettre sans risque, quand même il devrait être répété. Voici ce qui se passe, en invaginant une partie de la peau du scrotum dans le canal inguinal, jusqu'à l'anneau interne : le bouchon et le point de suture déterminent une inflamation adhésive, et soit que le bouchon persiste, soit qu'il descende et s'échappe, un travail plastique se continue, et, grâce au bandage compressif, ce travail finit par oblitérer le canal et guérir radicalement la hernie ; cela ne réussit pas toujours, mais lorsque l'opération échoue tout à fait on est quitte pour recommencer. M. Gerdy a même réussi une fois chez une femme, et la guérison a été parfaite et durable ; il s'agissait d'une hernie crurale, il a poussé dans l'anneau la peau de la cuisse, et l'y a maintenu à l'aide d'une mèche ; les choses se sont passées comme dans l'anneau inguinal chez l'homme. Nous devons rappeler que nous avons vu pareillement des guérisons réelles à l'aide du seul bandage du docteur Lafond. Le sujet de la guérison radicale des hernies est digne de l'attention des chirurgiens.

Fracture transverse de la rotule, sans déplacement. — Un homme, âgé de 74 ans, s'est laissé tomber dans un escalier et s'est frappé au genou du côté droit; il a éprouvé une vive douleur, mais il a pu marcher, et c'est de son propre pied qu'il s'est rendu à l'hôpital. A l'examen, on a trouvé du gonflement douloureux au genou, mais on n'a pu distinguer de fracture. Quelque jours après, cependant, la tuméfaction ayant disparu, on a reconnu, au toucher, une sorte d'inégalité, de rugosité transversale à la surface de la rotule; on a soupçonné une fracture, et l'on a essayé d'ébranler les deux fragmens, ce qui a été possible et manifeste, ainsi qu'on peut le faire encore aujourd'hui; les deux fragmens frottent l'un contre l'autre, et l'on peut, avec un peu de force, les faire déborder chacun un peu en sens contraire transversalement; la division existe dans le milieu; aucun déplacement n'est apercevable, ce qui a dû faire penser que la coeffe aponévrotique du genou était restée intacte, circonstance rare qui rend ce fait digne de remarque. On a, par précaution, placé le membre sur un plan incliné, en élevant le talon sur une chaise renversée et couverte d'oreillers, et fléchi le tronc en avant en faisant rester le malade comme assis sur son séant dans son lit. Le bandage, unissant des plaies en travers, a été posé ensuite pour l'instruction des élèves, et parce qu'on a cru remarquer qu'un petit déplacement menaçait de se faire. Ce malade guérira, sans aucun doute, par réunion immédiate des fragmens de la rotule, par cal osseux et non par cal ligamenteux, ce qui en fera un fait exceptionnel.

— Dans un article que nous avons donné dans ce journal sur le traitement des fractures de la rotule (t. 1, p. 171) nous croyons avoir fait voir que tout le danger de ces fractures était moins dans l'écartement permanent des fragmens que dans l'arthrite chronique et dans la demi-ankylose qui s'en suivaient assez souvent. Aussi voit on de ces fractures avec peu d'écartement être suivies d'impuissance du membre, et d'autres avec beaucoup d'écartement ne pas empêcher la démarche. M. Gerdy a insisté précisément sur le peu d'importance de la réunion immédiate dans ces cas. Ce qui a une portée beaucoup plus grande encore, c'est d'exercer de très-bonne heure, au bout de trois semaines environs, des mouvemens passifs sur le membre, ainsi que le voulait sir A. Cooper, et que M. Malgaigne a recommandé dernièrement, d'une manière plus particulière encore.

Ulcères chroniques. Expériences comparatives. — Un homme âgé de 66 ans, berger, est entré pour être traité d'un ulcère chronique d'une étendue immense à une jambe. Cet ulcère est blafard, de mauvaise apparence (cacohètes des anciens), il fait presque le tour du membre, vers le tiers inférieur; sa hauteur offre au moins quinze centimètres environ (cinq pouces), il paraît très-profond par l'épaississement de ses bords, est presque insensible au toucher; il suppure abondamment; le tissu cellulaire ambiant est épaissi et induré; quelques veines dilatées se remarquent vers la cuisse. Le mal s'était déclaré il y a trois ans par suite d'un coup reçu dans cette partie; il s'était formé une plaie qui ne s'était plus fermée depuis. M. Gerdy a voulu le traiter par la seule position élevée du membre, sans bandelettes, ni charpie, ni même de linge pour couvrir la lésion; il s'est contenté de poser le pied sur un plan élevé aux pieds du lit, à l'aide d'une chaise renversée, un oreiller par-dessus et une alèze en plusieurs doubles comme pour la fracture de la rotule; ce plan soutient le membre depuis le talon jusqu'au jarret; un cerceau est posé par-dessus. En peu de jours, les bords de l'ulcère se sont désenflés, le fond s'est élevé au niveau de la peau, les tissus ambians ont perdu leur dureté, la suppuration a coulé d'abord par les côtés du membre sur le drap, et la surface de l'ulcère s'est recouverte d'une croûte sèche et épaisse sous laquelle la nature opère la cicatrisation. Aujourd'hui, neuvième jour de traitement, l'ulcère est déjà rétréci, la suppuration a cessé presque complétement, l'état du membre s'est amélioré d'une manière notable, et nul doute que le malade guérira promptement par le seul expédient de la position qui facilite la circulation ascendante. Dernièrement un autre malade a été guéri de la même manière d'un ulcère, moins étendu à la vérité, en vingt jours. La guérison est bien plus rapide encore si l'on ajoute la compression à la Baynton, ainsi que M. Gerdy s'en est assuré par des expériences comparatives qu'il fit dans le temps à l'hôpital Saint-Louis.

— Ces faits rappellent un principe important trop souvent négligé dans le traitement des ulcères, surtout de ceux dont l'étendue est considérable. Nous suivons, en ce moment, dans un autre hôpital, deux malades qui se trouvent dans le même cas, mais qui sont traités d'après une autre méthode, savoir par la position horizontale et par des pansemens émolliens ou par les bandellettes compressives; chez l'un, la suppuration est tellement abondante, qu'elle perce un tas de charpie et de linge dont on le couvre depuis deux mois; l'érosion offre l'étendue des deux paumes des mains et fait presque le tour de la jambe; chez l'autre, le traitement date déjà de plusieurs mois, et, malgré la compression à l'anglaise, le mal persiste avec une grande ténacité. Il est probable que si l'on usait de l'expédient ci-dessus, le mal pourrait s'améliorer ou guérir promptement. Il y a d'ailleurs, dans la mesure dont il s'agit, économie de temps, de linge et de charpie, et, dans tous les cas, on peut la tenir comme un coadjuvant énergique des autres moyens que le mal peut réclamer. Dans les cas de ce genre, lorsque l'ulcère offre de grandes difficultés à s'amender, nous avons vu M. Lisfranc donner, avec avantage, l'iodure de potassium, qui modifie heureusement l'économie et procure des cicatrices solides, par son action probable sur le système capillaire périphérique; toujours, cependant, la cure complète a exigé plusieurs mois de traitement.

Hypohéma oculaire. — Un jeune homme a été frappé à l'œil droit par un pétard qu'il voulait faire partir. Il a éprouvé une vive douleur : puis sa vue s'est brouillée, et il s'est fait recevoir à l'hôpital. A l'examen, plusieurs jours après l'accident, on a trouvé la conjonctive globulaire légèrement injectée, pupille retrécie, immobile, léger nuage dans l'ouverture pupillaire; surface antérieure de l'iris couverte d'une couche sanguinolente, humeur aqueuse rougeâtre inférieurement; cette portion sanguine est flottante dans les inclinaisons de la tête; légère photophobie; pas d'injection radiée péricornéale discernible à l'œil nu. Selon nous, il y a là iritis au premier degré, avec hypohéma. Cette condition de l'humeur aqueuse pourrait dépendre de la lésion traumatique, c'est-à-dire exister depuis le

coup, et la phlogose irienne n'être que consécutive, ou bien se rattacher à l'inflammation elle-même de l'iris (iritis hémorrhagique); dans ce dernier cas, les suites pourraient être graves. Quoi qu'il en soit, ces lésions sont remarquables et offrent à l'étude un intérêt véritable, au double point de vue pathologique et thérapeutique. Il serait possible, à la rigueur, qu'une cataracte capsulaire se formât. Il paraît donc important de dilater, dès à présent, la pupille à l'aide de la belladone; ce remède remplirait à la fois le triple but de prévenir les adhérences du bord pupillaire, avec atrésie, de permettre l'examen journalier de l'état de la capsule, et d'agir comme remède antiphlogistique, ce qui n'exclut pas d'ailleurs la médication propre à l'iritis. Des remèdes appropriés ont déjà été prescrits à ce malade, par M. Gerdy; on le tient sagement en observation, et l'on est en mesure d'agir selon les tendances de la maladie.

FAITS DIVERS. — 1° *Eléphantiasis à la face.* — Un homme, âgé de 50 ans passés, est à l'hôpital pour une affection extrêment grave, d'apparence éléphantiaque, à la la face, ayant déjà détruit les deux et déformé horriblement le malheureux patient. Sa figure est un véritable masque monstrueux; sa lèvre supérieure, son nez, ses oreilles ont acquis des dimensions énormes; sa voix est altérée et sa déglution gênée. Non-seulement il est aveugle, mais aussi sourd des deux côtés, par effet de sa maladie. Le mal paraît marcher vers les membres. M. Gerdy l'a gardé dans ses salles pour l'instruction des élèves, et il l'a mis à l'usage de l'iodure de potassium, en attendant qu'il soit transféré à l'hôpital Saint-Louis.

2° *Métrorrhagie. Vinaigre.*—Dans un cas d'hémorrhagie utérine, sans lésion organique, chez une jeune femme, M. Gerdy s'est bien trouvé des applications répétées, sur l'hypogastre et sur les cuisses, de compresses en plusieurs doubles trempées dans du vinaigre froid, et du repos au lit avec la position élevée du bassin. Ces sortes d'hémorrhagie se rattachent, ordinairement, à un travail congestif actif de la matrice, et elles obéissent généralement aux remèdes hyposthénisans vasculaires, tels que les acides. Le seigle ergoté et le nitrate de potasse intérieurement rendent dans ces cas les plus grands services, lorsque surtout la saignée du bras et les fomentations du vinaigre ont paru insuffisantes. On croit communément que le vinaigre n'agit heureusement dans ces occurences que par son action physico-chimique qu'on dit astringente, et l'on ne tient pas compte des effets de son absorption d'une part, et de son évaporation de l'autre, lesquels se réduisent à une véritable réfrigération. Il y a donc là action hyposthénisante véritable.

3° *Excision des paupières.*— Dans le cas d'excision des paupières dont nous avons déjà parlé dans les numéros précédens, on remarque aujourd'hui, indépendamment de la restauration spontanée admirable que la nature a faite, un autre phénomène non moins remarquable, c'est que, malgré que les points et conduits lacrymaux aient été enlevés par l'opération, il ne se fait pas de larmoiement, et l'œil est dans un état parfait sous tous les rapports. Il serait difficile de dire ce que les larmes qui arrosent continuellement la surface de l'œil deviennent. Se dissipent-elles par évaporation ou par résorption, ou bien passent-elles dans le sac lacrymal, par les vaisseaux retro-caronculaires, qui, d'après quelques anciens anatomistes, mettent en communication le sac avec le lac lacrymal? Demours, qui a rappelé l'existence présumée de ces conduits supplémentaires des larmes, cite à l'appui un cas analogue à celui de M. Gerdy. Zinn, qui parle des mêmes vaisseaux, les appelle, si nous ne nous trompons, *canaux d'Hovius;* personne, cependant, n'en a démontré l'existence, à ce que nous sachions. C'est un sujet curieux et qui mérite d'être étudié.

Hopital Saint-Louis. (M. Jobert.)

ANKYLOSE ANGULAIRE DU GENOU. GUÉRISON SANS TÉNOTOMIE. — Quatre malades sent en ce moment dans les salles de M. Jobert, affectés d'ankylose angulaire du genou, et traités avec un plein succès à l'aide de la seule extension progressive effectuée avec une machine articulée, fabriqué par M. Martin. Chez tous les quatre l'extension complète s'est opérée en moins de trois semaines ou un mois; les tendons de la région poplitée qui étaient excessivement tendus et saillans se sont promptement relâchés sous l'influence de l'extension, et l'on a remarqué que le lendemain ou le surlendemain de chaque nouveau tour extensif imprimé à la machine, les tendons avaient perdu leur tension et se laissaient enfoncer profondément par les doigts qui les comprimaient, ce qui indiquait qu'on pouvait augmenter encore la tension; ainsi de suite jusqu'à la rectitude, et cela sans rien violenter, rien déchirer, rien gangrener, par la raison qu'on est allé doucement et par degrés. La guérison est presque complète aujourd'hui chez tous les quatre, et M. Jobert se félicite de ne pas avoir employé la ténotomie; d'abord parce qu'elle n'aurait pas guéri plutôt (au contraire); ensuite parce que la méthode qu'il a suivie n'expose pas aux inconvéniens sérieux qu'il attribue à la ténotomie dans la région poplitée. M. Jobert a observé, en effet qu'ici, les tendons divisés restent faibles quoiqu'on fasse, et ne permettent qu'une démarche fort imparfaite par la suite. Pour compléter cette importante observation, nous devons dire que les sujets sur lesquels ces quatre cures ont été obtenues sont de jeunes femmes à fibre molle, ou des enfans du sexe féminin.

— Dans un moment où l'on est pour ainsi dire engoué de ténotomie, où l'on coupe des tendons souvent avec une témérité blamable, dans des régions où l'opération ne peut avoir de succès, comme au dos, etc., il fallait une sorte de courage pour s'émanciper comme vient de le faire M. Jobert, et de se laisser guider par un autre ordre d'idées qui méritent la méditation des chirurgiens. Nous ne savons jusqu'à quel point s'étend la remarque de M. Jobert sur la faiblesse qui succède à la ténotomie dans cette région, mais le résultat qu'il a obtenu nous a paru si remarquable, si satisfaisant, si prompt et surtout si sûr, que nous avons dû nous demander si cette méthode déjà ancienne, mais perfectionnée par la bonté des nouvelles machines, ne devrait pas être adoptée comme méthode générale, et garder la ténotomie pour certains cas exceptionnels. Quoiqu'il en soit, nous suivrons le parallèle exact de ces faits, avec le cas d'une petite fille à laquelle M. Blandin vient de pratiquer un assez grand nombre de sections tendineuses aux pieds et aux genoux pour la guérir de deux pieds-bots très-difformes, accompagnés d'ankylose angulaire incomplète des deux genoux; les membres ont été parfaitement redressés et emboités dans deux appareils dextrinés; la petite patiente marche déjà avec des béquilles peu de jours après ces divisions, mais il reste à voir après la cure, jusqu'à quel point la ténotomie a pu

réagir sur la force des deux genoux. Le sujet en vaut bien la peine; nous devons dire néanmoins que le docteur V. Duval, qui le premier a appliqué la ténotomie au genou, et qui a opéré un grand nombre d'ankyloses de cette partie, n'a pas relevé la circonstance de la faiblesse consécutive que signale M. Jobert. Nous reviendrons sur cette importante question dont la solution est à l'ordre du jour.

Retraction des orteils. Ténotomie. — Un jeune homme avait, par suite d'une blessure suppurante au dos du pied, une rétraction violente de l'extenseur commun. Par suite de cette rétraction, les orteils s'étaient relevés et menaçaient pour ainsi dire de se luxer ou de venir s'appliquer sur le coude-pied. La démarche était extrêmement gênée et la difformité assez choquante. Nous devons ajouter que cette rétraction était survenue malgré le traitement le plus régulier de la plaie et divers moyens contre-extensifs qu'on avait mis en usage, car le malade avait été traité dans le service de M. Jobert. Dans ce cas, les simples moyens mécaniques ayant paru insuffisans, M. Jobert n'a pas hésité à couper l'extenseur commun, et il a obtenu le redressement. Un bandage très-simple avec une attèle, des bandes et des compresses ont suffi pour obtenir la rectitude complète du pied et des orteils.

— On aime, en général, cette discrétion dans l'adoption de certaines opérations nouvelles; on évite ainsi les exagérations dont les conséquences sont quelquefois fâcheuses. Nous avons vu aussi dans le dernier numéro la ténotomie être rendue inutile par M. Gerdy dans un cas de rétraction de l'avant-bras et de la main. Il est, sans aucun doute, un assez grand nombre de sujets que le charlatanisme ou l'ignorance immole à la pointe du ténotome. Il est temps enfin de mettre un frein à des débordemens scandaleux en précisant, l'expérience à la main, les cas dans lesquels la ténotomie est inutile ou dangereuse. A ce point de vue encore les faits de M. Jobert que nous venons de rapporter offrent un véritable intérêt.

Grenouillette. Procédé nouveau. — Un individu, âgé de 40 ans passés, portait une grenouillette, du volume d'un œuf, depuis 18 mois. M. Jobert l'a opéré d'après son procédé; il a excisé la moitié saillante du kyste, pincé et relevé ensuite la membrane interne qu'il a retroussée en manchette au dehors, moitié en arrière et moitié en avant, où il l'a fixée avec quatre points de suture. Il est survenu le lendemain un petit mal de gorge qui s'est promptement dissipé. Aujourd'hui, quatrième jour de l'opération, on ne voit à l'endroit de la tumeur, sous la langue, qu'une sorte de trou infundibuliforme, formé par le fond du kyste, ou, comme on présume, par le canal de Warton, mis à nu par l'opération. Le malade crache continuellement une quantité considérable de liquide filant, albumineux, comme celui qui était contenu dans la tumeur; il remplit plusieurs crachoirs par jour, absolument comme dans la salivation mercurielle; mais ce symptôme doit aller en diminuant et disparaître promptement.

— Nous ne pouvons pour le moment en dire davantage sur les résultats de ce nouveau mode opératoire, ce fait étant le premier qui s'offre à notre observation. Il est probable cependant que l'occasion ne nous manquera pas d'être témoin de nouveaux faits et de les suivre dans leurs conséquences. Quoi qu'il en soit, s'il nous était permis de juger une méthode d'après un seul fait, sa supériorité serait incontestable au point de vue de la rapidité de la guérison. Nous ignorons cependant si le succès est constant, et c'est pourquoi de nouveaux faits deviennent nécessaires pour bien apprécier sa valeur.

Fistule vulvo-rectale. Autopsie. — Une jeune femme dont nous avons déjà parlé deux fois, (t. I, p. 375; t. II, p. 29), avait été guérie d'un rétrécissement valvulaire du rectum, à l'aide du débridement multiple et des mèches aluminées. Les garde-robes étaient devenues parfaitement libres et les souffrances avaient complétement disparu. On avait même depuis longtemps cessé l'usage de toute espèce de mèche dilatante, le rectum ayant paru suffisamment dilaté, et la malade ne pouvant plus supporter la présence des mèches. On a cependant découvert un petit trajet fistuleux, allant de la face interne de la grande lèvre dans le rectum. M. Jobert se proposait d'attaquer cette fistule, mais avant d'en venir à une opération, il a cru devoir tenir pendant quelque temps la malade en observation, pour voir si le mal ne guérirait pas spontanément, le trajet étant extrêmement fin. Dans ces entrefaites, la femme qui était parfaitement remise, et bien portante d'ailleurs, s'est livrée un jour à un écart de boisson; elle a trouvé moyen de faire ou de se procurer du punch au kirsch, qu'elle a bu avec excès, malgré la sobriété qui lui était habituelle d'après son dire. Elle a été saisie de symtômes de péritonite auxquels elle a succombé avec une promptitude effrayante. A l'autopsie, on a trouvé tous les restes de la phlogose séreuse abdominale; le poumon était parfaitement sain; pas de tubercules nulle part. Le rectum a offert un intérêt tout particulier. D'abord le rétrécissement qu'on avait opéré quatre ou cinq mois auparavant était parfaitement guéri; on distinguait seulement une sorte de bourrelet affaissé sur le lieu incisé, mais sans aucune tendance au retour de la coarctation. Au-dessus de ce point, c'est-à-dire à douze ou quinze centim. de l'anus, l'intestin était fort dilaté, et dans le cul-de-sac de cette dilatation ignorée, véritable cloaque accidentel, on voit une ulcération étendue, creuse, à bords irréguliers, rappelant ces lignes qui représentent les lacs sur les cartes géographiques. Cette ulcération présente au moins 12 à 15 cent. carrés de surface, et envahit presque circulairement ce point de l'intestin comme une bande. Son fond paraissait en voie de réparation; des taches noires et comme gangréneuses existent par ci par là sur cette surface, occasionnés peut-être par la dernière maladie. Du fond de cette érosion partait le petit trajet filiforme ou fistuleux qui aboutissait à la grande lèvre. Au reste, cette surface ne paraissait pas secréter beaucoup de matière, puisque la femme n'éprouvait aucun écoulement de ce côté, et ses garde-robes ne présentaient rien qui eût pu faire soupçonner le travail ulcératif. Cet état de choses explique pourquoi la femme souffrait si cruellement de la présence des mèches, car ce corps étranger venait à frotter sur l'ulcère et irritait sa surface.

— Il y a cette dans observation des circonstances d'un haut intérêt pratique. Remarquons d'abord cette dilatation du rectum au dessus du rétrécissement; ceci n'a sans doute rien d'extraordinaire, puisque on rencontre la même condition dans presque tous les cas où le rétrécissement est ancien et très-prononcé; la probabilité de cette dilatation dans ces occurences, doit donc

nous faire songer à l'ulcération probable de la muqueuse, et à la formation possible de fistules entretenues ensuite par ce fond maladif placé derrière le rétrécissement. D'un autre côté, on a lieu de s'étonner que cette ulcération ne se soit pas guérie spontanément par le fait de la destruction du rétrécissement datant déjà de plusieurs mois; c'est que les érosions, dans ces parties comme celles de l'estomac, persistent très-longtemps, par la raison que le viscère sur lequel elles existent, est lui-même malade. On comprend par là pourquoi le rétrécissement détruit n'a pas empêché l'ulcération de persister d'une manière occulte; il faut dire néanmoins qu'elle était en voie de réparation, et qu'elle aurait probablement guéri avec le temps, et et peut être aussi, la petite fistule vulvo-rectale qui en émanait. On doit par conséquent tenir compte de la douleur que ces malades accusent et de l'état des matières fécales, pour soupçonner l'existence d'une ulcération, et la traiter par des lavemens médicamenteux, etc. On voit par là que l'expectation du praticien avait été judicieuse, puisque la fistule aurait pu guérir spontanément par la cicatrisation de l'ulcère; il est fâcheux cependant que le trop long séjour à l'hôpital soit si fatale à l'existence de certaines organisations.

FAITS DIVERS. — 1e *Tumeur lacrymale guérie sans opération sanglante.* M. Jobert a renoncé tout-à-fait aux moyens dilatans pour guérir cette maladie. Les applications émollientes, antiphlogistiques, et les injections d'une solution de nitrate d'argent par les points lacrimaux, lui suffisent pour la guérison, ainsi que nous l'avions démontré il y a longtemps. Un malade est traité de la sorte en ce moment par M. Jobert; un autre aussi par M. Blandin, à l'Hôtel-Dieu. Chez ce dernier, les seules applications répétées de sangsues à l'angle de l'œil ont déjà amené un amendement.

2e *Fistule pénienne.* Le malade opéré d'une fistule pénienne à l'aide de l'autoplastie scrotale (V. le dernier numéro), va parfaitement, le lambeau est très-bien greffré, mais il y reste toujours un très-petit pertuis par un des côtés du lambeau, et qui donne passage à un peu d'humidité. Les bords de ce petit pertuis sont enflammés et épaissis; il est probable qu'il s'oblitérera spontanément lorsque les tissus seront moins irrités, et surtout si le malade pouvait prendre une saison de bains d'eau minérale. On ne s'imagine pas combien ce moyen peut être efficace pour la guérison des fistules non entretenues par une cause mécanique.

DOCUMENS CHIRURGICAUX.

RÉTRÉCISSEMENS GRAVES DE L'URÈTRE. — Dans les rétrécissemens anciens de l'urètre, insurmontables avec les sondes ou les bougies, M. Brodie a pour pratique de faire la boutonnière périnéale, d'ouvrir par là la portion sous-pubienne du canal et de vider ainsi la vessie. En peu de jours, la portion rétrécie qui n'est plus irritée par les efforts de l'urine derrière le rétrécissement, ni par une si grande congestion, se laisse ordinairement pénétrer et dilater par les bougies et les sondes; dans le cas contraire, M. Brodie pratique la ponction de l'obstacle sans aucun danger, de la manière suivante : il passe un doigt indicateur derrière l'obstacle par la plaie et dirige par le pénis contre le rétrécissement une sonde droite armée d'une sorte de dard tranchant; ce dard pénètre dans le lieu soutenu par le doigt par derrière et ne peut jamais se dévier. Quelquefois il divise aussi le rétrécissement d'arrière en avant après la boutonnière à l'aide d'un cathétère cannelé et du bistouri. Après l'incision de l'obstacle, on met une sonde en permanence à travers le canal naturel, mais l'on entretient encore pendant quelque temps la boutonnière. M. Brodie a pratiqué plusieurs fois cette opération avec succès dans des cas excessivement difficiles où l'on pratique ordinairement la ponction de la vessie. (Medical Times.)

HERNIE ÉTRANGLÉE. — Il résulte d'un tableau statistique que vient de publier le docteur Prescott Hewett, que sur trente-quatre cas de hernie étranglée opérés en 1842-43, à St-George's-Hospital, il y a eu vingt-cinq guérisons et neuf morts. Le sac a été ouvert dans tous les cas; dans six on a enlevé une portion de l'épiploon; de ces six cas, il y a eu cinq guérisons et un mort, encore cette mort n'a été due qu'à un accident cérébral arrivé quelques heures après l'opération (Med. Times.)

—Dans certains cas de hernie étranglée opérés, les docteurs Stanley et Hawkins, ont observé, après la réduction, que le malade rendait du sang par l'anus en assez grande quantité. On croyait d'abord que cela pouvait tenir à une blessure de l'intestin réduit, on s'est assuré cependant que le même phénomène se reproduisait aussi parfois après le taxis ordinaire, sans opération sanglante. On n'augure pas de mal de ce symptôme; on l'attribue à un dégorgement spontané de la muqueuse congestionnée. (Ibid.) — Cet écoulement sanguin par le rectum n'est que très-ordinaire chez les enfans atteints de volvulus.

NEVRALGIES.— On a dernièrement combattu avec succès les névralgies à l'aide de frictions, avec une forte infusion de tabac. On peut aussi, d'après l'auteur, réduire le tabac en extrait, et en faire une pommade dans le même but. (Ib.)

PHLEGMON ORBITAIRE. — Une circonstance remarquable dans le phlegmon du tissu cellulo-vasculaire de l'orbite, c'est que la tumeur s'accompagne quelquefois de battemens tels qu'elle simule un anévrisme, maladie qui, comme on sait, n'est pas rare dans cette cavité Une jeune femme, qui avait été reçue à l'hôpital ophthalmique de Londres, pour une tumeur inflammatoire aiguë de l'orbite, a offert à l'examen une tumeur douloureuse, proéminent surtout au dessous de l'œil. Le commémoratif s'accordait avec l'apparence visuelle, mais les doigts, appliqués sur la tumeur, accusaient des pulsations artérielles manifestes; il semblait même qu'un mouvement de systole des parois appuyait la présomption d'un anévrisme; la malade souffrait horriblement. On a donc pratiqué une ponction exploratrice en enfonçant un bistouri étroit entre la paroi inférieure de l'orbite et la tumeur, à travers la base de la paupière. Il en est sorti un jet de sang artériel effrayant; on s'est empressé de le comprimer. Quelques jours après, on a levé l'appareil et il s'est écoulé du pus en grande quantité par la piqure; cet écoulement a continué; la tumeur s'est affaissée, l'œil est rentré et le malade a guéri. On n'a plus rien trouvé du prétendu anévrisme. L'apparence anévrismale n'était donc qu'une conséquence de la congestion et de l'éréthisme inflammatoire des nombreux vaisseaux de l'orbite. (Tyrrell, Diseases of the eye.)

CONTUSIONS PROFONDES DU PÉRINÉE. — Chez un homme qui venait d'essuyer une contusion grave au périnée par suite d'une chute à califourchon de trois mètres (9 pieds) de haut sur le bord d'un corps saillant, de moins de deux pouces d'épaisseur, M. Petrequin, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Lyon, vient de pratiquer l'opération de la taille raphéale à l'aide du lithotome de Dupuytren, dans le double but d'évacuer l'épanchement sanguin, déjà existant, et de prévenir l'infiltration urinaire, et, par conséquent aussi, la gangrène des tissus.

L'auteur croit que la seule boutonnière déjà conseillée en pareils cas est insuffisante; les malades qu'il avait vu traiter, soit par la seule sonde évacuatrice de l'urètre, soit par les scarifications profondes ou la simple boutonnière dans les cas analogues, avaient succombé. Son malade a guéri. On ne peut se dissimuler cependant que la mesure que propose M. Petrequin, est extrêmement grave, et l'on ne comprend pas suffisamment ses avantages beaucoup plus grands sur la boutonnière, malgré les importantes considérations d'anatomie chirurgicale dont l'auteur les a accompagnées. Le fait, néanmoins, n'en est pas moins digne d'attention. (J. de Méd. de Lyon.)

DIARRÉE CHRONIQUE. — En 1833, il est entré à l'hôpital Saint-Eloi de Montpellier beaucoup de soldats évacués d'Afrique; la plupart atteints de diarrhée chronique, à la suite de fièvres intermittentes ou de dyssenterie. Quelques-uns, que l'on n'a pu sauver, ont offert à l'autopsie des lésions fort graves vers la fin du tube digestif. Les parois du gros intestin étaient considérablement épaissies; la face interne presqu'entièrement ulcérée, ramollie, gangreneuse, creusée de sillons, marbrée de noir et exhalant l'odeur la plus infecte. (Compte-rendu des obs. réc. à la clin. méd. des prof. Broussonnet et Caizergues; par M. Bardes-Pagès). On prévoit par là l'utilité d'une médication directe dans ces cas, à l'aide de lavemens d'une légère solution de nitrate d'argent, de deuto-chlorure de mercure ou d'autres remèdes hyposthénisans, poussées par l'intermède d'une longue canule de gomme élastique, de manière à arriver jusqu'au siége des ulcérations. On peut s'assurer sur le cadavre, ainsi que nous l'avons fait, qu'une canule élastique peut être poussée très-haut par le rectum, et les faits de O'Berne prouvent que cela peut se faire sur le vivant, sans le moindre inconvénient. Nous n'avons pu autrement dernièrement arrêter chez un phthisique un dévoiement colliquatif qui l'entraînait au tombeau.

ANÉVRISME DE L'ARTÈRE GASTRO-ÉPIPLOÏQUE GAUCHE.— Une jeune femme, enceinte de cinq mois, venait de passer une nuit à un bal où elle s'était beaucoup amusée, et avait dansé jusqu'à deux heures du matin. Elle a été saisie subitement d'une douleur violente dans l'abdomen, et elle a été de suite transportée chez elle; le docteur Alle, son médecin, l'a trouvée pâle, froide, sans pouls, et avec tous les symptômes d'un épanchement sanguin dans le ventre ; elle est morte immédiatement. A l'autopsie du cadavre, le docteur Alle a trouvé la cavité abdominale pleine de sang, en partie fluide, en partie coagulé; il croyait d'abord qu'il s'agissait d'une rupture de la matrice, mais un examen attentif a démontré que le sang émanait de l'artère gastro-épiploïque gauche, laquelle était dilatée sur un point et formait une tumeur anévrismale qui s'était rompue. (Lond. and. Ed. med. j., et Oester med. Warhens, n. 51, 1842.)

TOXICOLOGIE.

CONSIDÉRATIONS SUR UN CAS D'EMPOISONNEMENT DE SIX PERSONNES, PAR DES CHAMPIGNONS ; *par le docteur Biagio Ramello, de Bra* (1).

Les cas déplorables dans lesquels des familles entières sont décimées par suite d'un repas aux champignons, ne sont malheureusement que trop fréquens, soit que ceux-ci appartiennent à la classe des vénéneux, et qu'ils soient mangés par ignorance, par négligence ou par besoin ; soit qu'ils émanent de la classe des champignons réputés orthodoxes et qui ne deviennent toxiques qu'accidentellement.

Un fait parfaitement établi en effet, c'est que les champignons de bonne espèce, les champignons cultivés comme comestibles peuvent devenir toxiques par des altérations inconnues de leur parenchyme ; je n'en rappellerai qu'un seul exemple parmi ceux de ce genre que la science possède : je veux parler de celui que le professeur Malacarne a communiqué à la société Italienne, et dont les détails se trouvent consignés dans les actes de cette société ; il s'agit de neuf personnes empoisonnées avec le champignon cultivé, l'agaric champêtre le plus commun. Bien que les malheurs occasionnés par les premiers soient parfaitement connus, j'ai pensé qu'on ne lirait pas sans intérêt un nouvel exemple de ce genre arrivé dans le mois de septembre de l'année dernière, à Bra, et que j'ai recueilli avec le plus grand soin. Tout ici a été parfaitement connu, l'espèce de champignon employé (l'*agaricus pantherinus* de Decandolle; tignosa bigia rigata; agaricus maculatus de Schaeff; agaricus verrucosus de Pears. Amanita umbrina Pears. syn.; hypophyllum margaritiferum , Paul.), les circonstances de son usage, les symptômes, l'autopsie ; le fait est par conséquent des plus complets, des plus exacts, des plus utiles peut-être pour la toxicologie, pour la thérapeutique et pour l'hygiène publique.

Une pauvre femme, nommée Delarré Maria, s'est rendue dans les champs, le 27 septembre, pour cueillir des champignons, précisément dans la contrée appelée Feii, à un demi mille de la ville; elle a cueilli sous de vieux marronniers, dans un terrain bas et humide, cinq champignons bien développés qu'elle a crus bons, en les confondant avec d'autres de bonne espèce, d'apparence analogue, qu'elle avait l'habitude de récolter aux alentours, *le boletus edulis*, et qu'on rencontrait en effet en abondance dans le même lieu. Retournée chez elle, elle les a lavés à peine dans de l'eau pure, en a ôté l'épiderme et le chapiteau, et sans les faire bouillir, ainsi que cela est d'usage chez nous, elle les a coupés par tranches et les a mis à frire dans une poêle avec de l'huile d'olives; puis elle y a ajouté du poivre et du sel, et les a employés comme assaisonnement d'un plat de *polenta*, aliment journalier des pauvres gens dans nos nos contrées, depuis le commencement de l'automne jusqu'à la fin du printemps. Ce plat a servi pour elle et sa famille.—La mère, agée de 37 ans, tempérament sanguin,

---

(1) Giorale delle science mediche della societa médico-chirurgica di Torino, mai 1844, avec une planche.

constitution robuste, en a mangé modérément. Sa bru (Gabriella), agée de 25 ans, robuste, un peu imbécile par suite d'une maladie cérébrable, en a mangé abondamment. Son fils (Giuseppe), jeune homme très-sain et très-vif, âgé de 13 ans, en a pris trois morceaux seulement. Sa fille (Carolina), âgée de 9 ans en a pris médiocrement (sic); une seconde fille (Catterina), agée de onze ans, a fait seulement usage de l'huile frite restée dans la poële. Son dernier enfant, enfin, petite fille de deux ans et demi (Angéla), en a avalé plusieurs morceaux. Tous ont bu de l'eau par dessus. Ces enfans étaient un peu maigres, il est vrai, mais ils joissaient tous d'une exeellente santé.

Vers les quatre ou cinq heures de l'après-midi, ils ont tous commencé à sentir des coliques, des douleurs au ventre et des nausées. Ne soupçonnant pas les champignons, ils ont cru cela de peu d'importance; ils ont bu du bouillon, de l'huile et autres choses semblables qu'on s'administre communément contre la colique; ils ont eu des garde-robes. La nuit a été pourtant agitée, fatigante. Le lendemain, c'était un jeudi, ils étaient malades, abattus, ils ont bu de la tisane dite impériale et de l'eau en abondance. Dans la nuit du jeudi au vendredi, Gabriella a beaucoup vomi; le vendredi, elle se plaignait d'un grand malaise général, puis elle s'est rétablie petit à petit par les seules forces de la nature. Le garçon, Ginseppe, vomit également, six fois, et se rétablit pareillement par les seules forces de l'organisme comme sa belle-sœur. Les trois autres n'ont pas été aussi heureuses. Les trois sœurs, malgré qu'elles aient aussi vomi plusieurs fois des matières muco-sanguinolentes, avec des morceaux de champignons, ont succombé en présentant de la diarrhée, des douleurs au ventre, abdomen gonflé, visage pâle, *pas de fièvre*, écume à la bouche, puis trismus, convulsions, spasmes aux membres supérieurs et inférieurs, stupeur, froid général. Elles expirèrent dans la nuit du samedi, la première, Catterina (deux heures après minuit); la seeonde, Carolina (six heures du matin) ayant conservé toute sa connaissance jusqu'au dernier moment. La petite Angéla a traîné dans les mêmes symptômes jusqu'au lendemain, 2 octobre. La pauvre mère a pu être heureusement secourue fructueusement et, grâce à sa forte constitution, elle a pu s'en réchapper après avoir essuyé les souffrances les plus cruelles; elle a offert d'abord des coliques, des envies de vomir, anxiété et chaleur brûlante vers la région du cœur, lassitude générale, pesanteur à la tête, éblouissemens; cet état s'est aggravé le samedi, jour où elle a été visitée pour la première fois par un médecin; pas de fièvre, langue pâle et plate, presque comme dans l'état naturel, ventre mou, pas douloureux, physionomie hébétée, soif modérée, froid général, pouls petit, fréquent. On l'a fait de suite vomir à l'aide de l'ipéacuanha, malgré qu'elle eût déjà vomi plusieurs fois et eu des garde-robes. Vers le soir, délire, convulsions. Dimanche au matin, stupeur, mouvemens convulsifs de tout le corps, trismus, pupille dilatée, conjonctive injectée, peu de sensibilité, pouls très-bas, peau froide, membres couverts de sueur froide. On pouvait à peine la réveiller de son état de coma par des cris, alors elle répondait sensément. Tous ces symptômes marchaient, et la fin paraissait très-prochaine, lorsqu'on lui a administré de l'ammoniaque et de l'éther qu'on a continués toute la nuit; le lendemain elle était un peu mieux; moins de coma, réponses plus faciles et plus promptes. La malade se plaint de mal à la tête; la langue est presque à l'état normal, pas de soif, ventre très-libre. On continue la potion stimulante, mieux progressif et rapide. Le mercredi, elle se sentait guérie, son appétit était déjà revenu presque subitement. Elle n'a pas eu un seul instant de fièvre depuis le début jusqu'à la fin. Le jeudi, elle offre un ictère général, mais sans douleur ni signe d'irritation aux voies gastriques ni au foie; cet état s'est dissipé petit à petit spontanément.

Autopsie des trois jeunes filles. Les cadavres de Catterina et de Carolina présentaient déjà, trois heures après la mort, de la raideur aux membres supérieurs et inférieurs, les doigts étaient fléchis, la mâchoire inférieure ne pouvait être écartée de la supérieure, yeux ouverts, larges taches livides sur les bras, aux cuisses, à la poitrine; pas de gaz dans le ventre. L'estomac de ces deux cadavres présente encore des morceaux de champignon. Chez Catterina, l'estomac est rétréci d'un tiers environ et *pâle;* chez Carolina, il est d'un *blanc pur,* plus blanc peut-être qu'à l'état naturel; on y voit seulement une tache livide vers son fond. Les autres viscères exhalaient une odeur tellement fétide, qu'on n'a pas cru prudent d'en continuer la dissection. Le cadavre de la petite Angéla, je l'ai ouvert moi-même, cinquante heures après la mort. L'extérieur offre des enchymoses de la largeur d'un écu, plus ou moins irrégulières, aux parties latérales et antérieuses du cou, sous les aisselles, à la face interne des bras et des cuisses, à la partie externe des grandes lèvres. L'abdomen est aplati, membres flexibles, pas de restes de la raideur cadavérique primitive.— *Ouverture du crâne* : fortes adhérences os aux endroits des sutures; tous les vaisseaux des membranes sont pleins, gorgés de sang très-noir; sinus veineux idem; ils sont, en outre, surtout le longitudinal, le circulaire et le transverse, obstrués par des caillots filamenteux, en guise de concrétions polypeuses. La substance cérébrale paraît à chaque tranche pointillée de sang noir, pur; le pointillé est plus abondant à la surface du viscère, de moins en moins prononcé en approchant des ventricules qui contiennent peu de sérum; plexus choroïdiens peu injectés. Couches optiques, corps striés, et toutes les autres parties sont à l'état naturel. La totalité cependant de la pulpe cérébrale, surtout vers la périphérie, est manifestement plus molle que dans l'état normal; elle est comme diffluente dans la portion externe, inférieure et postérieure du lobe antérieur dans l'étendue d'un écu. *Poitrine* : tous les viseères sont sains, les cavités gauches du cœur sont vides, les droites pleines de sang. L'oreillette droite offre un gros caillot, du volume d'un petit œuf jaunâtre, concret, pellucide. De semblables concrétions se rencontrent dans les veines caves, comme dans la phlébite, avec cette différence que les parois sont molles, lisses, sans trace de pus, ni arborisées, ni rouges.— *Abdomen* : foie, rate, augmentés de volume, très-gorgés de sang pur, noirâtre. Estomac, intestins, pas distendus par des gaz, ni injectés à leurs surfaces. L'estomac est ratatiné, c'est-à-dire offre plusieurs plis à toute sa surface muqueuse, mais sans hypérémie, ni altération en quoi que ce fût, ni coloré en noir; il est plein d'humeur blanchâtre, un peu épaisse, à peine fétide. Les intestins sont pâles, l'iléon seulement est un peu rouge vers sa fin dans l'étendue de quatre travers de doigts, il contient de la matière pultacée, jaunâtre. Les autres parties offrent les conditions de l'état normal.

La question que le toxicologue se pose naturellement à la vue de ces lamentables spectacles, c'est de savoir quel est le principe toxique de ces perfides produits de la terre, et son mode d'action sur l'organisme de l'homme. La science est peu avancée, quant au premier point; tout ce qu'on sait, d'après les recherches

de Bouillon-Lagrange, de Vauquelin, et plus particulièrement de Braconnot, c'est qu'un acide particulier appelé fongique, et un principe nommé fongine, en constituent peut-être l'élément toxique. D'autres, cependant, y ont trouvé encore un principe acre, susceptible de disparaître par la dessication, par l'ébullition ou par la macération dans un acide faible, dans de l'alcool ou dans un alcali, et un principe délétère, mais tout cela n'est pas encore parfaitement démontré. Le second point nous paraît plus éclairci. Il faut distinguer dans les champignons une double action, l'une purement mécanique sur le canal digestif, l'autre dynamique, et qui est due à l'absorption du principe délétère ; celle-ci ne se déclare qu'après un certain temps de l'ingestion ; elle opère évidemment à l'instar des substances contro-stimulantes, telles que la jusquiame, la belladone, l'acide hydrocyanique, etc. Cette opinion peut-être prouvée, et par les symptômes qui accompagnent cet empoisonnement, et par l'inspection cadavérique, et par le traitement qui paraît lui convenir. Au nombre des symptômes, on compte, il est vrai, le délire alternant avec le coma, les convulsions et le froid général, symptômes qu'on rencontre également dans des maladies hypersthéniques; mais, dans ce dernier cas, ils existent dès le début jusqu'à la fin, et s'accompagnent de fièvre, tandis qu'ils dénotent, au contraire, un état d'hyposthénie, de dépression vitale lorsqu'ils se déclarent dans des conditions qu'on vient de voir dans les faits précédens. L'inspection nécropsique nous a montré le tube intestinal dans un état de blancheur plus que naturel ; pas de trace d'inflammation dans aucun viscère ; l'engorgement veineux lui-même et l'injection passive des méninges, qui arrive au moment de l'agonie, sont autant de signes patens de l'action hyposthénisante du poison, ainsi que M. Tommasini l'a parfaitement démontré dans son Traité de l'inflammation et de la fièvre continue. Les effets du traitement, enfin, s'accordent parfaitement avec ces observations ; il a été évident pour nous que la mère de ces malheureuses victimes n'a été arrachée de la mort que par la médication stimulante énergique qu'on a mise en usage. On pourrait, sans doute, objecter que chez le fils et la bru la guérison s'est opérée sans aucun traitement ; mais on voudra bien remarquer que chez eux par un concours de circonstances heureuses, les symptômes ne sont pas arrivés au même degré que chez la mère, et nous avons la certitude que si le vomissement opportun, et peut-être aussi la force de leur constitution, n'eussent pas surmonté aussitôt l'action toxique, ils auraient succombé comme les autres, en cas qu'ils n'eussent pas été secourus comme la mère. Si nous cherchons maintenant les cas graves d'empoisonnement de ce genre guéris réellement par l'art, nous trouvons constamment que c'est la méthode stimulante qui a triomphé. De ce nombre sont, par exemple, le cas de guérison obtenu à l'aide de l'opium à forte dose, par Frank, sur une dame Nocetti, dont l'intoxication était déjà arrivée à la période léthargique; celui de Dufour de Montargis, au moyen de l'éther ; un troisième, de M. Tommasini, concernant une famille entière empoisonnée de la sorte, et qui allait de mal en pis tant qu'on a continué l'usage du vinaigre, et qu'on a pu sauver ensuite sous l'influence d'une médication stimulante, énergique; une quatrième analogue, publiée dans les Actes de l'Académie de Bologne, etc. Nous trouvons, d'autre part, recommandé avec raison, le laudanum de Sydenham, et l'éther dans une eau spiritueuse, comme l'eau de Luce, et à défaut de tout cela, du vin généreux, par MM. les compilateurs des *Observations sur les champignons de bon aloi.* Les mêmes principes sont professés par MM. Tommasini, Lander et Giacomini. Il n'est pas impossible, au reste, ainsi que le fait remarquer M. Tommasini, qu'il se trouve dans l'immense famille des champignons quelque espèce dont l'action toxique soit stimulante comme celle de l'opium. Aussi serait-il à désirer que tous les faits de ce genre soient recueillis avec soin et publiés.

Note du trad. La question du traitement de l'empoisonnement par les champignons intéresse au plus haut degré, des victimes assez nombreuses étant, tous les ans, immolées à ce poison dans divers points du globe. Pour nous qui avons recueilli dans les auteurs et médité un grand nombre de faits de ce genre, la nature de son action dynamique ne fait plus une ombre de doute; l'hyposthénie exquise est constante dans tous les cas, et, bien que quelques observations aient pu quelquefois faire croire le contraire, la différence n'est qu'apparente, ainsi qu'on peut s'en convaincre par l'analyse scrupuleuse des symptômes et des lésions cadavériques. On a confondu les effets mécaniques ou physico-chimiques, avec l'action dynamique ; de là, des conséquences erronées. Comme dans tout autre empoisonnement, on commence par faire vomir, non à l'aide de fortes doses de tartre stibié, ainsi que le recommandent MM. Orfila et Devergie, car cela serait dangereux, par la raison que ce sel est lui-même hyposthénisant et augmente l'action du poison; mais bien d'une dose d'ipécacuanha en poudre dans un verre d'huile d'olive chaude, et de la tillation mécanique de la luette. On passe ensuite à des moyens stimulans. Ce qu'on trouve d'abord plus facilement sous la main, c'est le vin, l'eau-de-vie, le rhum ; on combine ces moyens, on les alterne avec le laudanum, l'opium, l'éther, la canelle, jusqu'à ce qu'on obtienne une réaction franche ; que le pouls se relève, que la chaleur dermique se rétablisse. On reste alors en observation, et l'on combat au besoin quelques épiphénomènes secondaires. MM. Orfila et Devergie prescrivent en outre des purgatifs et des lavemens évacuans; cette pratique est mauvaise, car tous ces moyens hyposthénisent l'économie et n'atteignent aucune indication réelle. Nous désirons vivement, dans l'intérêt de l'humanité, que notre voix soit enfin entendue, car, dans notre opinion, on doit tout autant de victimes aux mauvais principes toxicologiques enseigné par certains chimistes qu'aux poisons eux-mêmes.

Préjugés.— « Ce n'est point l'occasion de voir beaucoup qui fait l'expérience, parce que la simple intuition d'une chose n'apprend rien, et que l'observation adroite d'un fait n'est même pas encore ce que l'on entend par vraie expérience. » Zimmermann.

DOCUMENS HYDROLOGIQUES.

—

EMPOISONNEMENT PAR LA STYCHNINE *guéri à l'aide de l'alcool pur, par M. Morin, médecin à l'hôpital de Trévise* (1). « Une femme âgée de 45 ans, de petite taille, constitution lymphatico-sanguine, est entré e à l'hôpital pour être traitée d'une hémiplégie du côté droit. Dans sa première jeunesse, elle avait souvent été obligée de se faire saigner et de prendre des remèdes antiphlogistiques, pour combattre des angéioïtes répétées, occasionnées par l'abus de la boisson alcoolique. La paralysie datait de plusieurs mois et avait succédé à une hémorrhagie cérébrale. Son pouls était fort et fréquent, peau chaude et sèche; ventre constipé, langue chargée. Nous avons commencé par lui pratiquer deux saignées du bras, suivies d'une application de sangsues derrière les apophyses mastoïdes; puis par la mettre à l'usage du nitrate de potasse à dose élevée. L'état de la malade s'est un peu amélioré, mais la paralysie est restée invariable. Au bout de quelque temps, nous l'avons mis à l'usage de la strychnine. Comme elle nous avait semblé offrir de la tolérance, nous avons commencé par la dose de 2 centig. 1/2 (demi-grain); le quatrième jour, nous avons cru devoir doubler la dose; 5 centig. (1 grain) de strychnine ont donc été réduits en six pilules, à prendre de deux heures en deux heures. Une heure après l'ingestion de la quatrième pilule, la femme a éprouvé du malaise, puis tout son corps a commencé à trembler légèrement, ses membres se raidirent comme dans le tétanos, et le corps entier ne portait que sur deux points : sur l'occiput et sur les talons. Les articulations des membres étaient tout à fait inflexibles; la surface du corps était pâle et bleue, froide, pouls imperceptible, battemens du cœur à peine sensibles. Tout le système musculaire était extrêmement contracté, paupières largement ouvertes, œil fixe, mouvemens désordonnés des muscles de la face, rire sardonique, parole impossible, respiration courte, rare, difficile, sueur froide, intelligence saine. Les confrères de l'hôpital ayant été consultés, on s'est accordé à attribuer ces phénomènes à un empoisonnement par la strychnine. La mal était d'ailleurs évident, l'hyposthénie strychnique s'offrant dans son plein jour. Nous avons donc prescrit une médication excitante diffusible; le remède le plus sûr et d'action prompte était l'alcool; nous avons donc fait apporter, par le pharmacien de l'hôpital, une fiole d'alcool à 36°, et, à l'aide d'une sonde, nous en avons fait ingérer environ 30 grammes (1 once) dans l'espace d'une heure et demie. Aussitôt après, le visage de la malade s'est coloré, les articulations se sont déraidies, l'action du cœur a reparu, ainsi que la chaleur et la parole. Petit à petit, la malade s'est remise de cet état alarmant, et est revenue à peu près dans les conditions primitives. J'omets les autres détails relatifs à cette malade n'ayant pas de rapport avec l'empoisonnement. »

N. du Red. A nos yeux, comme aux yeux des personnes qui ont étudié la strychnine au point de vue dynamique, cette observation parle assez clairement et confirme ce que M. Giacomini et d'autres médecin italiens avaient écrit sur l'action hyposthénisante de cette substance, action que nous nous étions efforcé nous-mêmes de faire connaître en France, en 1839, par un mémoire publié dans la *Gazette des Hôpitaux*. Il en est autrement des personnes qui croient l'action de la strychnine excessivement excitante par la seule raison qu'elle détermine des contractions musculaires. On sait cependant aujourd'hui qu'il existe des convulsions asthéniques; celles qu'a présentées cette malade sont précisément de ce nombre; l'état d'abaissement extrême des fonctions de l'organisme le prouve suffisamment, et les autopsies que la science possède confirment pleinement cette manière de voir. L'action élective de la strychnine portant sur l'épine, c'était aux stimulans spinaux comme l'alcool, qu'il fallait avoir recours pour combattre l'empoisonnement; aussi le succès a-t-il été complet et éclatant dans le cas qu'on vient de lire. Nous prions le lecteur de ne tenir compte que du fait matériel et de laisser de côté nos théories, et celles qu'on enseigne dans certains livres aussi! c'est le seul moyen d'arriver à la vérité; mais telle est la prévention sur ce sujet, que nous croyons voir des personnes qui se refusent à admettre de pareils faits. Nous ne voulons pas qu'on nous croie sur parole, mais nous désirons vivement qu'on expérimente de nouveau et qu'on observe sans prévention.

(1) Lettre adressée par l'auteur aux *Annales de Thér.*

CAS D'EMPOISONNEMENT PAR LE VERT-DE-GRIS; par le docteur Roussilhe, ch. à l'hôpital de Castelnaudary. — « Le 4 février 1843, à neuf heures du matin, le nommé Philibert, natif de Toulouse, déclara à la mairie qu'il venait de s'empoisonner avec du vert-de-gris mêlé avec du vin. Quelques minutes après il fut pris de vomissemens. M. Viola, pharmacien, reconnut que les matières du vomissement, ainsi qu'un reste de liquide contenu dans une bouteille que portait le malade, contenaient une énorme quantité d'acétate de cuivre. Transporté de suite à l'hôpital, on lui fit boire de l'eau albumineuse en grande quantité jusqu'à onze heures du matin, où l'on put administrer le proto-sulfure de fer hydraté, recommandé par M. Mialhe. Voici quel était l'état de Philibert avant l'administration de la préparation ferrugineuse : vomissemens fréquens, diarrhée, coliques violentes, ventre météorisé, pouls petit, sueurs froides, céphalalgie, altération des facultés intellectuelles; deux cuillerées toutes les demi-heures de proto-sulfure de fer hydraté, eau albumineuse pour boisson, lavemens émolliens, sinapismes aux jambes. Le soir, à neuf heures, commencement de réaction : vomissemens, diarrhée, ventre moins douloureux, bain, proto-sulfure de fer une cuillerée toutes les heures. Le 5, nuit assez calme; le malade n'a pas vomi depuis plusieurs heures, diarrhée, pouls à quatre-vingt-dix, plein; douleurs vives à l'épigastre, ventre tendu; vingt sangsues sur l'abdomen, bain, boisson albumineuse, lavemens émolliens. Le 6, amélioration marquée, plus de vomissemens, deux selles dans la nuit, ventre sensible à la pression, pouls à soixante-quinze, température de la peau naturelle; bain, eau gommeuse, lavemens, bouillon léger. Le 7, le malade ne souffre presque plus, il raconte qu'avant son départ de Toulouse (le 3 février) il avait acheté une quantité de vert-de-gris en poudre qu'il avait avalé avant d'entrer à la mairie. (Journ. de méd. de Bordeaux).

N. des Ann. de Thér. — Nous avons reproduit cette observation moins à cause des conditions assez ordinaires qu'elle présente que comme un nouvel exemple de la fausse voie dans laquelle la toxicologie médicale a été entraînée depuis un certain nombre d'années. Remarquez d'abord qu'avant le traitement par les neutralisans chimiques, le malade était en proie à une symptomatologique dynamique bien caractérisée; l'hyposthénie était *exquise* comme on dit (pouls petit, sueurs froides, etc.), mais pas excessive

ni progressive. Qu'a-t-on fait? Rien! Nous disons rien, car le blanc d'œuf n'est pas un remède dans aucune maladie dynamique; on s'en sert sans doute comme aliment ou plutôt comme élément culinaire, mais il n'exerce de lui-même presque aucune action sur les forces organiques. Le sulfure de fer hydraté a pu, à la vérité, faire quelque mal par son action mécanique sur l'estomac, mais assurément il ne pouvait rien chimiquement sur le poison absorbé qui était incontestablement la source des accidens. Les sangsues auraient nui sérieusement si, à l'époque de leur application, l'organisme n'avait déjà, par ses propres efforts, vaincu l'action toxique et réagi heureusement contre l'hypostrénie. M. le docteur Barbet-Lartigues, qui a ajouté une note apologétique à la pratique que nous venons de déclarer inutile et dangereuse, nous fait l'honneur de citer un article que nous avons donné sur l'empoisonnement par les composés de cuivre, dans le tome 1er de ce journal; mais il ne paraît pas disposé à partager nos convictions. Nous en sommes fâché, et nous avons la certitude que notre confrère pensera comme nous, s'il veut bien se donner la peine de répéter cette expérience: déterminez sur des chiens ou des lapins le minimum de la dose mortelle du vert-de-gris; donnez ensuite ce poison avec une certaine quantité de vin, ainsi que l'a pris le patient de l'observation ci-dessus, et vous verrez que les derniers animaux ne mourront pas. Nous reprendrons prochainement un travail expérimental que nous avions commencé sur cet empoisonnement, et nous espérons résoudre clairement ce problème de haute thérapeutique.

Varicocèle. — Une circonstance remarquable chez les sujets atteints de varicocèle, c'est qu'ils sont atteints de tristesse, d'hypondrie. On croit que c'est là un phénomène de réaction propre à plusieurs maladies des organes génitaux. En remontant cependant à un examen plus élevé, nous voulons dire, plus rationel, ou plutôt plus médical, on trouve constamment que le foie est plus ou moins malade chez ces sortes de sujets, et il est des pathologistes qui ne sont pas éloignés de considérer le varicocèle comme une conséquence de l'état congestif du foie. Tout l'appareil veineux abdominal est en effet engorgé chez ces sortes d'individus, et l'on comprend comment les veines du scrotum et du cordon testiculaire participent à cet état, de même que les veines hémorrhoïdales. Il s'en suit que les opérations chirurgicales qu'on a proposées ou pratiquées pour combattre le varicocèle sont toutes contre-indiquées. Le mal se guérit, en effet, sans cela; un traitement dynamique approprié pouvant dissiper la source de la maladie, tandis que l'opération ne remédie à rien. Nous en parlons d'après l'expérience. (Mojon.)

Vapeurs de soufre. Blépharite. « Ceux qui sont exposés à la vapeur du soufre sont sujets à la toux, à la dyspnée, à l'enrouement et aux maladies des yeux... Martial passant en revue les marchands et les ouvriers qui interrompaient son sommeil à Rome, et le forçaient de se retirer à la campagne, après avoir parlé des chaudronniers, des monnayeurs, des boulangers, des juifs, etc., n'oublie pas les marchands d'allumettes qu'il caractérise par les yeux chassieux (*Nec sulphuratæ lippus institor mercis* (liv. 12, ep. 57). (Ramazzini, mal. des artis., ch. 9).

Réunion immédiate — « Pour que deux surfaces deviennent adhérentes, il n'est pas nécessaire qu'elles soient toutes deux dans un état inflammatoire, il suffit qu'une seule se trouve dans cette condition, afin de secréter la lymphe coagulable. Il n'est même pas nécessaire que l'une des deux soit enflammée, car la réunion par l'intermédiaire du sang extravasé peut s'effectuer sans inflammation. » (Hunter.)

REVUE GÉNÉRALE.

—

Sur une excroissance du canal de l'urètre chez la femme, *par M. Schutzemberger, agrégé à la Faculté de Strasbourg.* — Il s'agit dans cet article d'une végétation particulière signalée par Boyer pour la première fois, et que M. Schutzemberger a eu l'occasion d'observer souvent sur des filles à l'hôpital des vénériens de Strasbourg; il la considère comme une sorte de fongus de la muqueuse, de polype charnu et vasculaire, de fongosité de la membrane interne; elle peut se déclarer sous ou sans l'influence de la phlogose syphilitique. Il rapporte quatre observations.— Dans la première, il s'agit d'une fille de 23 ans, n'ayant jamais eu de mal vénérien à ce qu'elle prétend. L'orifice du canal vénérien est dilaté et obstrué par une petite tumeur arrondie, aplatie sur les côtés, offrant assez bien la forme et le volume d'une grosse fève; elle adhère inférieurement par une base large; sa surface est lisse, charnue, d'un rouge éclatant et pointillé; en la tirant avec une pince, on produit un saignement abondant; l'urine peut sortir cependant librement. La malade prétend qu'elle porte cette tumeur dès sa première enfance, que sa mère l'avait remarquée; il est probable cependant qu'elle la confondait avec la saillie du clitoris dans l'enfance. On essaie, pendant quinze jours, des applications astringentes sans résultat. Enfin, on l'excise. Il a été facile de reconnaître que le pédicule était continu avec la muqueuse urétrale. L'auteur fait remarquer que la surface lisse de la tumeur et sa couleur vive suffiront pour la faire différencier des excroissances syphilitiques, qui, en général, sont blanchâtres et à surface inégale, le condylome excepté; mais celui-ci se reconnait aisément; l'auteur en donne, au reste, les caractères distinctifs. — Dans la seconde, c'est aussi une jeune fille, âgée de 23 ans, n'ayant jamais eu la vérole, à ce qu'elle dit, mais ayant été plusieurs fois atteinte d'abcès aux grandes lèvres. Il y a dix ans, elle a éprouvé des douleurs vives lors de l'émission des urines. Le tubercule urétral et la paroi inférieure de l'urètre sont prolabés et dépassent la partie supérieure de l'orifice de près de deux centimètres, de telle façon que l'orifice vaginal est en partie caché par cette saillie. La tumeur est allongée, aplatie, et adhère par une base large à la paroi inférieure; elle offre le volume de l'index à peu près; sa base va en s'amincissant dans l'intérieur de l'urètre; son extrémité inférieure est lobulée et dure. Profondément, de la paroi supérieure de l'urètre se détache une seconde tumeur également aplatie, libre et flottante, de la forme d'une petite languette, de couleur rouge vif, à surface lisse, saignant facilement au toucher. L'orifice du canal est largement dilaté, le doigt indicateur y pénètre sans peine en arrière dans la vessie; le canal urétral est évidemment raccourci. La malade retient bien ses urines, l'expulsion volontaire en est libre et indolore, mais le coït est douloureux et fait couler du sang des tumeurs. M. Sédillot en a pratiqué l'excision et la malade a guéri. — Dans la troisième; fille de 23 ans, atteinte de blénorrhée urétro-vaginale; on l'a guérie de cette maladie, et rien n'était visible dans l'urètre. Trois mois après, elle est rentrée à l'hôpital, offrant à l'entrée de l'urètre une petite tumeur rouge, grosseur d'une fève, aplatie sur les côtés, lisse, d'un rouge vif, adhérant à la paroi inférieure du canal; léger écoulement urétral laiteux. Ni gêne, ni douleur dans l'émission des urines. Cautérisations répétées avec le nitrate d'argent; guérison. On a revu plus tard cette malade, la guérison s'est maintenue. — Dans la quatrième enfin, il est question d'une

jeune fille, 22 ans, éprouvant de la douleur vive en urinant, offrant des chancres et des bubons, et une tumeur urétrale analogue à celle de l'observation précédente. Le traitement mercuriel l'a guérie des bubons et des chancres, mais pas de la petite tumeur. On l'a excisée. Dans deux autres cas que l'auteur cite sans détails, la tumeur se liait évidemment avec des urétrites blénorrhagiques antérieures. On peut donc admettre comme un fait acquis, dit l'auteur, qu'il existe un rapport de causalité entre l'urétrite blénorrhagique et l'affection dont nous nous occupons. (Gaz. méd. de Strasbourg, mai.)

— Ces observations offrent un véritable intérêt, elles confirment celles de Boyer, et éclairent surtout la véritable origine de la maladie. Cette affection, au reste, n'avait pas échappé tout à fait aux anciens, et Morgagni surtout l'avait parfaitement signalée. Voici ce que nous trouvons dans l'immortel ouvrage de ce grand pathologiste (Des caus. et du siège des malad., Ep. 42, n° 42) : « Quant aux urètres des femmes, quoique je n'en aie pas ouvert très-souvent comme des uretres d'hommes, cependant, j'en ai fréquemment ouvert et examiné avec soin. Néanmoins, je ne suis encore tombé sur aucun (à moins que vous ne vouliez peut-être en excepter un dont je parlerai bientôt) qui présentât des cicatrices, et bien moins encore des excroissances; et cela n'est pas étonnant, dans un canal très-court et moins étroit, qui ne reçoit pas autant d'humeurs capables de le corroder, et qui, loin de former une aussi grande courbure que l'urètre de l'homme, n'en forme aucune. Cependant, il peut aussi se développer quelquefois, dans l'urètre de la femme, des ulcères, des excroissances, ou, du moins, certains obstacles de longue durée, comme je l'ai appris d'Astruc et d'Alghisi, dont le premier a vu plus d'une fois le corps qui entoure l'urètre attaqué de suppuration, fistuleux, s'ouvrant dans ce canal, et répandant du pus, et, d'autres fois, l'urètre rétréci outre mesure par le même corps tuméfié et calleux, tandis qu'Alghisi parle d'une fille chez laquelle une petite bougie qu'on avait laissée dans l'urètre, pour détruire une carnosité de ce canal, était entrée dans la vessie. A cela, ajoutez l'excroissance charnue qui a été décrite par Muller sur une veuve dont il sera bientôt question. Quand à moi, il m'est arrivé une fois, en examinant le cadavre d'une vieille femme, au commencement de l'année 1751, de trouver une petite excroissance triangulaire dans l'intérieur de l'orifice externe de l'urètre, où pourtant elle n'était pas saillante... Il m'est également arrivé une fois de voir, sur une jeune fille, ainsi que sur une vieille femme, une portion de la tunique interne de l'urètre suspendue hors de l'orifice du méat. » — M. Blandin avait pensé que ces végétations ne s'observaient ordinairement, dans l'urètre de la femme, qu'avec un rétrécissement blénorrhagique dont elles seraient la conséquence, mais il les a distinguées des polypes de la muqueuse urétrale. (Anat. topog., p. 428, 2e éd.) M. Larcher avait aussi repris ce sujet en sous-ouvre, dans une thèse remarquable présentée pour sa réception doctorale à Paris.

Anévrisme fémoral occasionné par une fracture du fémur; *ligature de l'iliaque externe;* par M. Brainard, professeur d'anatomie en Amérique. — Un homme tombe de voiture et se frappe la cuisse droite contre la roue; le fémur s'est fracturé. On lui applique un appareil avec extension continue. Au bout de douze semaines on ôte la machine et l'on s'aperçoit que la fracture n'est point réunie. (On n'indique ni l'âge ni la constitution du sujet.) A cette époque, M. Brainard est appelé; il trouve que le membre est raccourci de six centimètres, dirigé dans l'extroversion, très-gonflé en haut vers l'aîne; l'extension avec les mains ramene le pied au niveau de l'autre, mais aussitôt après le chevauchement se reproduit. On ne sent pas de crépitation, cependant; absence de cal à l'endroit de la fracture. L'auteur a diagnostiqué une fracture du col en dedans ou en dehors de la capsule. La santé du malade est beaucoup altérée par le long séjour au lit; il est pâle, maigre, a la diarrhée, sans appétit, sueurs abondantes, toux, expectoration sanguinolente; bronchite, mais sans tuberculés; le moindre mouvement du corps produit des douleurs très-vives. On place le membre dans un bandage amidonné depuis le genou jusqu'à la hanche; des attèles, des gouttières et des bandes amidonnées ont formé une sorte de cuirasse solide; les fragmens affermis de la sorte, les douleurs ont diminué, et le malade a pu se relever et marcher avec des béquilles, ce qui a été un bienfait immense pour sa santé générale; quelque temps après, il a même pu sortir à cheval; le membre est devenu sensible de temps en temps, mais les fragmens n'ont pas repris d'adhérence; lorsque les muscles se contractaient spasmodiquement le membre se raccourcissait de 9 centimètres (3 pouces), et c'était là la cause de la douleur. Dix mois plus tard, on a trouvé à la partie supérieure de la cuisse une grosse tumeur, à 9 centimètres (3 pouces) au-dessous du grand trochanter et un peu en avant; elle était lisse, élastique, fluctuante, pulsatile, accompagnée d'un bruit de souffle. Ces caractères disparaissaient par la compression de la fémorale au-dessus, et se reproduisaient aussitôt après. Son bord interne était limité par le muscle grêle, l'externe, par la plus grande partie de la cuisse; elle s'étendait en haut jusqu'au ligament de Paupart, et en bas, à 36 centim. (12 pouces) au-dessous de ce ligament. La circonférence de la cuisse, sur le point de la tumeur, mesurait 75 centimètres (25 pouces). On s'est aperçu du commencement de la tumeur depuis douze semaines; on a dû ôter le bandage et elle a fait des progrès journaliers. Bien que les caractères de l'anévrisme fussent patens, quelques médecins que le malade avait consultés croyaient à un abcès; ils ont fait une ponction exploratrice, et il s'est écoulé une pinte de sang artériel avant qu'on eût pu arrêter l'hémorrhagie. On a essayé la compression de l'artère à l'aîne, au moyen de pelottes mécaniques, mais le membre s'est œdématié par suite de la gêne qu'on produisait sur les veines et les lymphatiques. La situation de la tumeur au côté externe et antérieur de la cuisse rendait probable la présomption qui plaçait l'origine de l'anévrisme dans la rupture de la branche circonflexe de la fémorale profonde; cependant, je n'avais pu suivre avec les doigts le cours de la fémorale superficielle dans mes exploration, le long de la partie interne de la tumeur. Comme le mal faisait des progrès rapides, j'ai proposé et pratiqué la ligature de l'iliaque externe.

Opération. — Le chirurgien a pratiqué une incision de 9 centim. de long (3 pouces), s'étendant depuis 3 centim. en dedans de l'épine iliaque antéro-supérieure, parallèlement au ligament de Paupart jusqu'au pubis; il a divisé la

peau, le tissu cellulaire sous-cutané, le fascia superficialis et l'aponévrose de l'oblique externe. Une artériole de quelque calibre a dû être liée. L'aponévrose a été alors divisée sur une sonde cannelée; l'oblique interne et le muscle transverse avec le cordon spermatique ont été écartés avec les doigts; le manche du scalpel a servi à rompre le fascia transversalis, et l'on a enfin relevé délicatement le péritoine avec les doigts jusqu'à ce que les doigts de la main gauche ont pu toucher l'artère à 6 centim. (2 pouces) au-dessus de l'arcade fémorale. Le tissu ambiant de l'artère a été divisé avec les ongles, et l'on a passé sous elle l'aiguille du docteur Physick, armée d'un petit cordon de soie. Cela a été exécuté sans difficulté; la pointe de l'aiguille a été glissée entre l'artère et la veine, et pressée doucement par des mouvemens délicats jusqu'à ce qu'elle fût sortie au côté externe de l'artère; la seule artère isolée a été comprise dans la ligature; celle-ci a été serrée avec un double nœud et l'un des chefs coupé près du nœud. Rapprochement des bords de la plaie à l'aide de bandelettes adhésives. Les suites ont été heureuses.

Pendant l'opération, le malade a beaucoup souffert, il est devenu pâle, froid, affaissé; il a fallu le ranimer avec du vin. La douleur a continué après le pansement et s'est communiquée au membre, ce qui a aggravé la position du malade; quelques prises de morphine cependant ont amené du calme. On n'a pas remarqué dans le membre les effets immédiats de l'arrêt de la circulation, bien qu'à la vérité les douleurs aient été attribuées à cette circonstance; mais la douleur est devenue flasque immédiatement, sa circonférence s'est rétrécie de 3 centim. Trois heures après, sentiment d'engourdissement et de réfroidissement dans les membres; mais au bout de six heures la sensibilité normale s'est rétablie; puis est survenue une exaltation telle dans la sensibilité du membre qu'il a fallu ôter les pièces de flanelle dont il était entouré. Consécutivement cependant la chaleur et la sensibilité sont devenues normales. Le cinquième jour, la plaie suppure, et l'état du malade s'améliore. Le quinzième jour, même état. Du quinzième au vingt-troisième, crampes douloureuses dans le membre, toux; applications chaudes, potions anodynes, mieux. La ligature est tombée le vingt-troisième jour. La plaie était cicatrisée le quarante-cinquième. La tumeur n'a diminué de volume que dans les dix premiers jours, puis elle est restée stationnaire. Compression à l'aide d'un bandage roulé; la tumeur s'est affaissée de plus en plus. Une ceinture a été appliquée autour du bassin, laquelle venait se lacer en avant et couvrait la tumeur pour la comprimer et la garantir des chocs; elle a fini par disparaître complétement. Le membre a repris ses mouvemens, le malade le fait mouvoir à volonté dans tous les sens et même s'y appuie et marche, il a repris ses occupations habituelles, la fracture étant en partie solidifiée par des adhérences assez résistantes. (The Amer. jour. of the med. sc., sc. 1043.)

— Les cas d'anévrisme faux primitif ou faux consécutif, accompagnés ou produits par une fracture, sont très-rares, et la science n'en possède, comme on sait, qu'un très-petit nombre. Nous en avons donné un exemple bien remarquable de M. Cappelletti, dans le t. I. de ce journal (p. 295). Plusieurs considérations importantes se rattachent au fait qu'on vient de lire. Il est assez clair d'abord que la cause de l'anévrisme, dans ce cas, a été toute mécanique en origine et alimentée ensuite par un travail dynamique semblable à celui que vient d'expliquer si bien le professeur Tommasini dans l'article qu'on lit dans ce numéro. On ne comprend pas trop comment, avec une fracture pareille à celle-là, et dans les conditions de mauvaise santé où le malade se trouvait, on ait pu lui permettre de monter à cheval et de faire en voiture jusqu'à quarante-cinq milles dans de mauvaises routes. C'est là incontestablement la source des souffrances, des contractions spasmodiques et douloureuses qu'il a éprouvées consécutivement, et par conséquent aussi de l'anévrisme. Tout cela, en effet, devait amener des irritations, des phlogoses, et par suite une artérite qui a donné naissance à l'anévrisme. D'un autre côté, l'on conçoit tout l'avantage que le malade aurait pu retirer du seul appareil amidonné ou dextriné, et de la déambulation à l'aide de béquilles. Il est remarquable enfin, et ceci intéresse plus encore la pratique, que l'opération exécutée dans des conditions si peu favorables, sur un sujet épuisé, sur un membre fracturé, ait pu avoir un succès aussi satisfaisant, et pour la tumeur et pour la fracture elle-même. Cette observation se recommande donc à plus d'un titre à la méditation des praticiens. L'on peut dire que l'opération a sauvé sûrement cet homme de la mort, aucune autre ressource ne pouvant être employée contre une terminaison fatale de l'anévrisme.

RENVERSEMENTE DE L'UTÉRUS; HÉMORRHAGIE GRAVE : *par M. H. Barker, chirurgien à l'hôp. de l'Univ. de Londres.*— Femme en travail de son premier enfant, à terme; accouchement régulier, enfant vivant, expulsion du placenta à l'aide de petites tractions. On panse la femme à l'aide d'un bandage de corps à l'ordinaire, on relève son bassin au moyen d'un drap en plusieurs doubles sous son siége. Vingt minute après la femme se plaint d'une douleur vive à la matrice qui dure une demi minute mais qui n'est pas suivie d'hémorragie. Une demi heure après M. Barker quitte la femme en assez bon état et prescrit une potion anodyne; on l'appelle cependant en toute hâte avant d'en sortir, la patiente venait d'avoir une syncope; arrivé auprès d'elle il la trouve extrêmement pâle et épuisée, il fait donner de l'eau-de-vie et examine le vagin; la serviette qui avait été placée à la vulve est saturée de sang, il l'enlève, le sang coule d'une manière effrayante; il porte la main dans le vagin et trouve ce canal rempli par un corps globuleux d'où le sang émane évidemment, il l'embrasse dans sa main, le serre fortement, et arrête ainsi l'hémorargie; il reconnaît de suite un renversement de la matrice dans la tumeur, et il fait appeler un consultant. Le sang arrêté de la sorte, l'auteur persiste a comprimer la tumeur et à la panser de bas en haut, dans l'espoir de la réduire. Cela a offert beaucoup de difficultés, mais enfin, les deux chirurgiens ont été assez heureux pour réduire la masse introversée de l'utérus après un quart d'heure de compression assez forte. Soulagement instantané. Potion avec opium et eau-de-vie pour relever les forces. On place le bassin sur un plan élevé à l'aide de draps en plusieurs doubles; une demi heure après le col utérin, qui jusque là était resté flasque s'est contracté solidement, et le corps de la matrice pareillement, celui-ci est venu faire une saillie globulaire derrière les pubis. Les suites ont été heureuses, la malade n'a souffert que d'une constipation. Préalablement cette femme était habituellement sujette au prolapsus du rectum. (Lond. med. Gaz., avril.)

—Cette observation intéresse, et par sa rareté et par sa gravité, des accoucheurs très-exercés ayant à peine rencontré une ou deux fois le formidable accident dont il s'agit. Il y a, dit l'auteur, deux manières de pratiquer la réduction de la tumeur dans ces cas, soit en pressant doucement, et d'une manière soutenue, la masse utérine entre les doigts comme une hernie, soit en la repoussant directement avec le dos des doigts courbés en arc, ou avec le bout des doigts rapprochés en forme de cône. Pour agir efficacement d après la première méthode, quelques auteurs conseillent de tremper la main dans de l'eau froide, ou d'injecter même de l'eau froide sur la tumeur. On conseille pareillement de repousser celle-ci avec le poignet fermé. Ces différens modes peuvent être essayés successivement au besoin, et si le renversement est complet on peut presser les côtés et repousser en même temps le centre. Il faut en général opérer le plus tôt possible et avant que le col utérin se reserre contre la tumeur elle-même. On doit toujours viser à repousser la première la portion, qui est descendue la dernière. Après la réduction, on doit tenir la main contre la parois interne du fond jusqu'à ce qu'on se soit assuré que l'organe reste bien en place ou se contracte pour revenir sur lui-même.

ATRÉSIE PUPILLAIRE AVEC CATARACTE SECONDAIRE. — *Opération nouvelle par M. Riberi, professeur de clinique chirurgicale à Turin.* — Un paysan, âgé de 38 ans, tempérament sanguigno-bilieux, prédisposé aux congestions encéphaliques, affecté d'un bronchocèle énorme, a été reçu à la Clinique, dans le courant du mois de janvier, pour être traité de deux cataractes capsulo-lenticulaires, molles, volumineuses, remplissant la chambre postérieure. Les globes oculaires étaient durs, gros et saillans. L'expérience m'ayant appris que chez les sujets atteints de bronchocèle volumineux et de distension des vaisseaux céphaliques, l'opération de la cataracte échoue ordinairement, j'ai essayé d'améliorer ces mauvaises dispositions à l'aide d'un traitement préparatoire, composé de saignées générales et locales, de remèdes externes dits révulsifs, et intérieurement de l'usage de la digitale, du nitrate de potasse, du calomel, de l'iode, etc. Obtenue ainsi une hyposthénisation générale et une diminution notable de la disposition aux congestions, j'ai opéré par abaissement la cataracte de l'œil droit qui était la plus ancienne. L'opération a été simple et prompte, la pupille est restée nette et noire ; le malade a pu voir à l'instant parfaitement différents objets. Le lendemain, cependant, une iritis intense s'est déclarée ; nous l'avons combattue par des remèdes antiphlogistiques énergiques. Malgré tous nos soins, il en est résulté une synizesis imparfaite avec pseudo-cataracte. Nous avons envoyé le malade à la campagne et nous l'avons engagé à revenir à la Clinique dans six mois. Il est revenu, en effet, dans le moins de septembre ; les forces générales étaient rétablies ; l'iris était décoloré. Le malade accuse de temps en temps des douleurs lancinantes périorbitaires, pupille rétrécie au point de laisser passer à peine la pointe d'une épingle ; cette ouverture était elle-même bouchée par une pseudo-cataracte tellement adhérente au petit cercle de l'iris, que les mouvemens de la pupille étaient tout à fait anéantis ; soupçon de la réascention de la cataracte opérée. Le malade distingue seulement la lumière des ténèbres. Je l'ai opéré de la manière suivante :

« J'ai pratiqué une incision à la cornée comme pour l'extraction du cristalin, j'ai relevé le lambeau avec les ciseaux boutonnés de Maunoir, et j'en ai ouvert les lames sous le même lambeau ; j'ai fait pénétrer la lame pointue à travers la partie inférieure de l'iris, à la distance d'un millimètre environ (demi-ligne) de l'union de cette membrane avec le ligament ciliaire, je les ai fermées en coupant d'un seul trait iris et pseudo-cataracte. Il en est résulté à l'instant un écartement latéral des deux segmens de l'iris dont chacun tirait de son côté une moitié de la pseudo cataracte. A travers cette fente j'ai découvert, dans l'axe de la pupille, une quantité de matière opaque, mais je ne pouvais distinguer si c'était formé par un fragment remonté de l'ancienne cataracte ou par de la lymphe plastique secrétée. J'ai exercé de petites compressions ménagées sur l'hémisphère supérieur de l'œil, et je suis parvenu à écarter ou à enfoncer cette matière opaque, de sorte que la pupille est restée parfaitement libre à la fin dans l'étendue de plus de quatre millimètres (deux lignes), et elle a pris la forme allongée ou ovale de bas en haut comme celle du chat. Il restait néanmoins pendant au segment gauche de l'iris un gros feston de pseudo-cataracte ; je l'ai délicatement arraché avec des pinces à dents. Après toutes ces manœuvres, le malade a pu très-bien distinguer les objets qu'on lui a présentés. La réaction traumatique a été modérée ; saignées, diète, fomentations d'eau froide, belladone. Les suites ont été heureuses. Un mois après, la vue était si bien rétablie que le malade pouvait distinguer les objets les plus petits ; l'organe ne présentait aucun reste d'irritation ni de congestion. » (Riberi, Mémorie chirurgiche, 1842.)

— Cette belle opération est d'autant plus importante qu'elle est d'une exécution facile et se rapporte à une des lésions compliquées de l'œil les plus embarrassantes pour la chirurgie. Les cas de ce genre étant fréquens, il est probables qu'on aura plus d'une fois l'occasion de répéter la manœuvre de l'habile opérateur de Turin.

AVORTEMENT DES ACCÈS DE LA GOUTTE A L'AIDE DE LA BELLADONE. — Un Monsieur, âgé de 56 ans, tempérament sanguin, constitution athlétique, sujet à une goutte héréditaire depuis l'âge de 45 ans, et dont les accès étaient fréquens et duraient plusieurs jours, avait subi plusieurs traitemens sans avantage. Cependant il n'éprouvait pas de nouvel accès depuis trois à quatre mois, lorsqu'il a dû se rendre à Turin pour des affaires importantes ; ayant pris froid en route, il a éprouvé, en arrivant ici, un accès très-violent, la douleur au pied gauche était atroce ; elle a passé en peu d'heures au genou du même côté, puis à la main correspondante, avec fièvre, céphalalgie, soif, et les autres symptômes propres à la goutte aiguë. Après 36 heures de souffrance, le malade m'a fait appeler ; il m'a déclaré qu'il n'avait pas le temps de se soigner, vu que ses affaires l'absorbaient complétement en ce moment ; il était affligé de ne pouvoir sortir, et ne réclamait que quelque remède propre à le soulager et le mettre en état, provisoirement, de vaquer à ses affaires les plus pressées. Ayant déjà souvent employé, avec avantage, la belladone contre les accès de la goutte, je lui ai prescrit une pommade, composée de quatre grammes (un gros) d'extrait de belladone et de 45 grammes (une once et demi) d'axonge, pour être frictionnée sur les parties douloureuses et gonflées. La première onction a de suite apaisé si bien les douleurs, que le malade a pu goûter les bienfaits du sommeil dont il était

privé depuis trois nuits. Le lendemain, on a répété deux fois dans la journée la friction; le malade a été étonné de se trouver tout à coup en état de sortir, et de pouvoir vaquer à ses affaires. S'étant cependant fatigué dans ses courses, il s'est trouvé faible le soir, et un nouvel accès, mais moins fort, a reparu; deux frictions de pommade l'ont enlevé comme par enchantement. Les douleurs ont cessé tout à fait. Pendant huit jours encore que le patient est resté à Paris, il a été bien portant, et il est parti dans un état vraiment satisfaisant; il était étonné d'avoir pu cette fois être délivré promptement de l'accès sans saignées ni purgatifs, ni autre remède intérieur. Il m'a écrit plusieurs mois pour m'annoncer que depuis les frictions belladonisées il n'avait pas eu de nouvelle attaque, et qu'il se portait parfaitement. La seconde pommade employée était composée de six grammes d'extrait sur soixante grammes de graisse. (Be tini, Gior. della Soc. méd.-chir. di Torino.)

— « Les veines voisines de la partie qui doit être attaquée de la goutte souffrent une dilatation considérable. Baglivi dit trop généralement que cette dilatation est un avant-coureur certain de l'attaque de goutte, et qu'elle subsiste toujours pendant cette attaque. » (Berthez, Traité des malad. goutt., liv. 1er, chap. 1er.)

— Ce caractère de la congestion active des veines est un des phénomènes propres à l'angéioïte qui constitue la condition dynamique de la goutte. La belladone dont on se plaît communément à faire un remède narcotique, calmant, n'agit autrement dans cette maladie qu'en vertu de sa propriété hyposthénisante vasculaire; elle affaisse l'éréthisme des vaisseaux congestionnés de l'articulation goutteuse, comme elle affaisse le plexus vasculaire de l'iris et dilate la pupille. En voilà de la théorie, dira-t-on! De la théorie? mais à quoi servent les faits isolés, si on n'apprécie pas leur valeur intrinsèque!

SUR L'ABRASION DE LA CORNÉE *pour remédier aux opacités de cette membrane, par M. Malgaigne.* Nous avons, il y a quelques mois, traité la question qui se rattache à ce titre (T. I), nous exposions alors l'état de la science à cet égard, et nous nous proposions d'y revenir, lorsque M. Malgaigne aurait publié le résultat des observations cliniques dont nous avions fait mention. Depuis cette époque, un travail a paru en Angleterre sur le même sujet (Lond. and Edimb. Monthly Jour.) et dans lequel on revendique le renouvellement de l'opération pour des chirurgiens allemands ou anglais, et l'on cite des cas de réussite déjà publiés quelque temps avant ceux de M. Malgaigne. Aucun de ces cas cependant, un seul excepté, ne nous paraît assez concluant pour accorder une grande attention à l'opération elle-même. De son côté, M. Malgaigne a recueilli dans les auteurs anciens et modernes, quelques documens qui pourraient venir à l'appui, mais ce qui intéresse surtout dans l'état actuel de la science, ce sont les faits particuliers à M. Malgaigne lui-même. Or, ces faits ne sont malheureusement pas nombreux, ils ne s'élèvent qu'à trois, et leur valeur peut être aisément appréciée. Les voici :

1er *fait.* Jeune personne, seize ans, lymphatique, a eu des maux d'yeux, dès l'âge d'un an. A six ans, la vue était extrêmement troublée; à sept ans, nouvelle exacerbation; à treize ans, nouvelle attaque pour laquelle elle entra à l'hôpital des cliniques; l'affection fut qualifiée de kératite aiguë; elle en est sortie améliorée, puis elle est rentrée de nouveau pour la même affection avec des taches aux deux cornées qui rendaient la vue fort imparfaite, surtout à l'œil droit. Le 7 mars 1843, c'est-à-dire trois ans environ après, elle s'est présentée de nouveau à l'hôpital pour être guérie de ses opacités cornéales. A l'examen, M. Malgaigne a trouvé les yeux libres de toutes douleur, d'injection, de larmoiment. Sur l'œil gauche, la cornée offre une tache en forme de croissant, occupant la partie supérieure, externe et inférieure de la cornée, et empiétant sur le champ de la pupille. Toutefois la vue est assez distincte, et si l'on ferme l'œil droit, le gauche discerne les objets d'un bout de la salle à l'autre. L'œil droit, beaucoup plus intéressé, présente à la partie inférieure et interne de la cornée un petit épanchement blanchâtre entre les lames de cette membrane, de 3 millim. de largeur sur un millim. de hauteur. Au-dessus s'étendait une taie de même couleur, mais moins opaque, et comme un nuage opalin occupant toute la partie inférieure de la cornée, sans atteindre cependant sa circonférence, montant sur le champ de la pupille, qui en était entièrement voilée, et se perdant peu à peu en haut et en dehors; de telle sorte que de ces deux côtés la cornée n'avait pas de limites nettes et bien circonscrites. A part le petit épanchement d'abord signalé, la plus grande opacité de la taie répondait précisément à la pupille. L'iris était libre et contractile, et la vue uniquement obscurcie par la tache cornéale. La patiente voyait les objets comme couverts d'un brouillard; elle pouvait lire les gros caractères avec cet œil. M. Malgaigne a cru devoir opérer cette tache; il a fixé l'œil comme dans l'opération du strabisme, circonscrit la tache avec un bistouri ténotome très-aigu, relevé le bord avec une pince, et disséqué le tout délicatement, de haut en bas, comme un lambeau cutané; la malade a été opérée couchée sur le dos. Cette dissection a été douloureuse et difficile, car la tache adhérait fortement aux tissus sous-jacens; la cornée a même été ouverte dans le milieu, car la tache était profonde; l'humeur aqueuse s'est écoulée en partie. Après l'excision la malade s'est écriée qu'elle voyait de ce côté. La réaction a été vive, grave et douloureuse, et enfin la cicatrice obtenue était presque aussi opaque que l'ancienne, bien qu'elle semblât à la vérité moins étendue. Dès lors, M. Malgaigne a essayé de dissiper ou d'amoindrir la nouvelle tache à l'aide de collyres appropriés; il a prescrit une pommade de borate de soude; l'état de l'œil s'est amélioré petit à petit, la vue a acquis de la force et de l'étendue, la malade a commencé à lire, et enfin elle a lu parfaitement, et, deux mois après l'opération, elle est sortie, *l'œil étant beau et brillant,* dit l'auteur. Une petite tache seulement se voyait au centre de la cornée, et probablement aussi une petite procidence de l'iris, si nous comprenons bien une phrase obscure de la fin de l'obs. — 2e *Fait.* Ce cas était plus compliqué; avec l'opacité existait une adhérence de l'iris, la pupille était oblitérée, l'opération n'a pas réussi. Nous croyons inutile d'en reproduire les détails. — 3e *Fait.* Pas de résultat avantageux. Tels sont les faits que M. Malgaigne présente en faveur du renouvellement de cette ancienne opération. (Journal de Chirurgie, mai.)

— Que peut-on conclure de ces faits? Rien, si ce n'est que l'abrasion de la cornée n'est pas une opération adoptable. La première observation de M. Mal-

gaigne, qui semble si satisfaisante au prime-abord, n'offre pas à nos yeux l'importance que l'on pourrait y attacher; l'abrasion n'était pas indiquée selon nous dans ce cas, par la raison que l'autre œil était bon et que l'œil malade lui-même n'était pas complétement aveugle. La tache n'existait dans ce cas que dans la conjonctive cornéale, et l'opération, en voulant enlever un brouillard, a exposé l'organe à des dangers sérieux. M. Malgaigne reconnaîtra probablement lui-même à la suite de ses essais que l'on ne peut faire de la bonne chirurgie à ce prix. On doit néanmoins lui savoir gré d'avoir repris en sous-œuvre une question importante, ne serait-ce que pour éloigner d'autres à tenter de pareilles opérations infructueuses. Nous sommes loin, au surplus, de condamner d'une manière absolue l'opération; il est peut-être permis de l'essayer dans quelques cas exceptionnels et désespérés où les malades n'auraient rien à perdre. A ce point de vue encore les faits de M. Malgaigne offrent un véritable intérêt dont la pratique profitera.

CORRESPONDANCE.

Lettre sur la découverte récente de l'iode dans les eaux minérales de Luxeuil, *par M. Réveillont, D. M. inspecteur de ces eaux.* — « Les eaux de Luxeuil, dont la plus grande partie des principes minéraux sont de l'hydrochlorate de soude, contiennent de l'iode. Le savant M. Braconnot les avait analysées en 1838, mais il n'avait pas découvert ce principe parce qu'il ne l'avait pas cherché. Vos inductions nous ont mis sur la voie, et un habile pharmacien de Besançon, M. Desfosses, vient de mettre en évidence ce que vous n'aviez fait que pressentir. Avant peu, j'aurai l'honneur de vous adresser ce travail, mais en attendant j'ai cru devoir vous prier de mentionner notre découverte dans le plus prochain numéro de votre excellent journal. Je possède enfin la clé des remarquables effets que nos eaux thermales déterminent sur les sujets scrofuleux.

» Agréez, etc. »

— Cas d'entero-péritonite grave guéri a l'aide de fortes doses de sulfate de quinine, *communiqué par M. Morin, médecin à l'hôpital de Trévise.* — « Une jeune femme, âée de 20 ans, était de temps en temps sujette à de fortes coliques. Depuis deux mois elle se plaignait de douleur abdominales qui revenaient surtout la nuit. Vers les premiers jours de janvier 1844, elle a eu de la fièvre; on l'a saignée et on lui a prescrit quelques doses d'acétate de potasse, la fièvre a été coupée et la malade a été bien le 9 et le 10 janvier. Le 12, des symptômes gastriques se déclarent; langue plate, sèche, rouge sur les bords, soif, douleurs épigastrique augmentant par la pression, abdomen un peu suméfié et sensible, peau sèche et très-chaude, pouls fréquent et fort. On applique 12 sangsues à l'épigastre; eau de laurier-cerise, pulpe de tamarinde, glace par bouche. Le lendemain pas mieux, nouvelle application de sangsues, mêmes remèdes que la veille; le mal fait des progrès; gardes robes et urines abondantes. Le surlendemain, on diagnostique une gastro-entero-péritonite; frissons, subdelirium, pupille resserrée, surdité, ailes du nez contractées, dents fuligineuses, langue blanchâtre au milieu, rouge aux bords, fendillée au centre, tremblante, ventre mou, balonné, tympanique très-douloureux à une pression même légère, pouls très-fréquent, mou, petit, soubresaults des tendons, respiration sibilante, oppression à la poitrine, visage coloré, prostration générale. On prescrit 20 sangsues sur l'abdomen, un gramme de sulfate de quinine à donner dans l'espace de quelques heures. L'état du pouls ne permet pas de pratiquer la saignée du bras. Dans le courant de la journée, on ordonne encore deux grammes (40 grains) de sulfate de quinine; le lendemain, mieux; le matin, remittence de la fièvre, un peu de sueur à la peau; le ventre, cependant, est toujours douloureux. On continue le sel quinique à la dose d'un gramme et demi par jour; la fièvre persiste, toujours remittente le matin; on continue cette dose du médicament pendant sept jours; alors on ajoute 60 centig. de bismuth et 40 centig. d'aloës; deux autres applications de sangsues ont été faites dans cet intervalle; mieux, évacuations alvines; la fièvre revient le soir, mais avec moins d'intensité. Le 29, on donne seulement 12 décigrammes (24 grains) de sulfate de quinine, et les jours suivans 50 centig. (10 grains), puis on alterne ce remède avec quelques prises de calomel. Amélioration progressive sous tous les rapports. Evacuations alvines abondantes. Convalescence franche vers le 15 février. Guérison. Le malade a pris en tout plus de 25 grammes (500 grains) de sulfate de quinine dans l'espace d'un mois à six semaines. Cette médication peut sembler peut-être bizarre, sinon contraire aux principes de l'art, aux personnes qui regardent le sulfate de quinine comme un remède tonique ou excitant. Pour nous, cependant, qui le tenons pour un puissant hyposthénisant cardiaco-vasculaire, ce remède n'a agi dans ce cas que comme un précieux coadjuvant ou remplaçant de la saignée. Nous livrons cette observation à la méditation des praticiens qui ont l'habitude de juger les faits sans prévention. — Agréez, etc. »

FAITS CRITIQUES.

M. Giacomini auprès du duc d'Angoulême, a Goritz. — On nous écrit de Venise, en date du 15 avril : « Le professeur Giacomini, de Padoue, a été appelé dernièrement à Goritz par la famille royale de France pour donner son avis sur la maladie de Monseigneur le duc d'Angoulême. C'était dans un moment où le duc se trouvait dans un paroxisme de coliques beaucoup plus fort que d'autres accès auxquels il était sujet de temps en temps. M. Giacomini a diagnostiqué une inflammation chronique des follicules de l'intestin iléon et de la valvule iléo-cœcale avec induration tendant au carcinome. Son pronostic a été qu'il serait difficile d'empêcher cette terminaison, attendu l'ancienneté et la profondeur du mal; il n'a pu assurer que, même avant cette issue, l'auguste malade ne succomberait dans une de ces exacerbations sur aiguës. M. Giacomini a prescrit, pour prévenir ces exacerbations, l'usage répété de sangsues, du calomel de temps en temps; pour l'état chronique l'usage du magistère de bismuth avec l'extrait de ciguë par bouche; des lavemens huileux, frictions de pommade d'hydriodate de potasse sur le ventre; dans la saison opportune les bains de mer avec application des algues de Venise. Le docteur Mugna, élève de M. Giacomini, l'a accompagné dans ce voyage, et a pris part à la consultation avec M. Bougon, et les autres médecins de l'auguste malade. »

Le catarrhe chronique et la morphine, d'après M. le professeur Forget, de Strasbourg. — Dans un article qu'il vient d'insérer dans le Bull. de Thér., M. Forget porte aux nues l'usage de petites doses de sirop de morphine (une cuillerée à café environ) pour apaiser la toux chronique. Il dit qu'il était lui-même affecté de cette maladie, et qu'il n'a trouvé de soulagement que dans ce secours pris le soir en se couchant. Il ajoute qu'il est même sûr d'avoir bien mérité les bénédictions de plusieurs sujets catarrheux qui ne pouvaient dormir avant l'usage de ce remède. Ces assurances nous avaient semblées si positives que, malgré notre prévention contre des remèdes stimulans comme les opiacés, dans une maladie de nature incontestablement inflammatoire, nous avons cru devoir mettre les assertions de notre honorable confrère à l'épreuve sur deux sujets catarrheux, dont un phthisique au second degré (jeune personne de 18 ans); l'autre vieillard, mais bien portant d'ailleurs. Hélas! nous sommes fâché d'être obligé de déclarer que, malgré que nous ayons suivi littéralement la prescription de M. Forget, la toux est restée invariable, et l'insomnie habituelle de même, et cela devait être! Nous avons été, par conséquent, obligé de conclure ou que notre savant confrère s'était fait illusion, ou qu'à Strasbourg l'acétate de morphine opérait autrement qu'à Paris. Nous oublions d'ajouter que ce remède à si peu réussi chez le savant médecin de Strasbourg, qu'il avoue lui-même que son catarrhe persiste et fait malheureusement des progrès. Nous croyons, nous, que cela tient entre autres choses à l'usage de l'opiacé qui congestionne la muqueuse déjà malade, et qui ne semble suspendre momentanément le crachement qu'en augmentant le trouble congestionel, ainsi que le font souvent les abus de table chez les sujets catarrheux. Nous avons pensé qu'il était de notre devoir de signaler, dans l'intérêt général, ces faits, car beaucoup de personnes pourraient être portées à croire exactes les prétendues propriétés calmantes de la morphine dans ces occurrences. Malgré l'aversion qu'affecte M. Forget pour tout ce qui ne naît pas en deçà du Rhin et de la Garonne, nous engageons les savans non prévenus à méditer les faits que nous venons de publier pour le traitement du catarrhe pulmonaire chronique, à l'aide du seigle ergoté. Nous ne pensons pas, au reste, que l'honorable clinicien soit tellement décidé contre le progrès, qu'il puisse être comparé à cet adversaire de la découverte d'Harvée qui aimait mieux, disait-il, *cum Galeno errare quam cum Harveo circulare* !

Les neutralisans chimiques et les empyriques. — « Les chimistes formèrent dans les âges modernes une nouvelle espèce d'empiriques. Ils négligèrent toute érudition, et même l'histoire et les signes des maladies, pour rechercher les causes dans leurs fours et leurs laboratoires, et conclure ainsi à la cratique. Les empiriques de nos jours sont à peu près les singes de ces chimistes... Autant la folie diffère de la raison, autant les empiriques actuels diffèrent des vrais médecins. » (Zimmermann, Tr. de l'Exp. l. I, ch. 3.)

Erratum. Dernier numéro, page 55, 1re colonne, 4e ligne, au lieu d'*utérus*, lisez *urètre*.

BIBLIOGRAPHIE.

Recherches et observations sur les causes des maladies scrofuleuses; *par M. Lugol, médecin de l'hopital St-Louis, etc. Un vol. in-8°, chez Fortin, Masson et Cie, lib.*

On a considérablement écrit sur cette peste endémique des grandes cités qu'on appelle scrofule, mais, à quelques rares exceptions près, il est difficile de trouver quelque chose de bien satisfaisant. On s'est laissé aller à des hypothèses humorales et l'on est arrivé à des conséquences, dont le moindre défaut c'est d'être erronées. De là l'oubli dans lequel sont tombés promptement tant d'écrits sur la matière. M. le docteur Lugol a suivi dans l'étude de cette maladie une voie différente. Au lieu de raisonner par hypothèses, il est entré dans la voie de l'observation expérimentale, il a suivi pas à pas la nature sur un grand théâtre (l'hôpital Saint-Louis), et ce n'est qu'après seize années de recherches qu'il s'est décidé à publier ses inductions générales. Cet ouvrage ne touche effectivement qu'aux questions générales de la scrofule, ainsi que son titre l'indique suffisamment. C'est dire qu'il embrasse les questions les plus délicates, les plus difficiles, auxquelles se rattache une foule de problèmes de haute pratique, car où ne trouve-t-on pas la scrofule dans les affections médicales et chirurgicales, soit comme maladie prédominante, soit comme élément concomitant de près ou de loin? Les questions d'application dans des cas circonscrits en dépendent immédiatement; elles seront traitées dans un autre volume que l'auteur se propose de publier.

M. Lugol ouvre son livre en prenant la scrofule *ab ovo*, dans le germe même de l'utérus; il la suit pas à pas dans les divers systèmes de l'économie, dans ses différentes phases, dans ses diverses métamorphoses à travers les évolutions de l'organisme, jusqu'à la décrépitude, dans les divers systèmes de l'economie et jusqu'à l'amphithéâtre anatomique. « La scrofule manifeste, dit-il, ses terribles effets dès les premiers mois de la vie intra-utérine, car elle provoque des avortemens spontanés, qui font périr le quart au moins des sujets qu'elle atteint avant qu'ils aient vu la lumière; après la naissance elle arrête leur développement physique et moral, elle complique toutes les maladies, toutes les évolutions de l'enfance et de la jeunesse, qu'elle rend laborieuse et pleine de dangers. Elle révèle enfin plus formellement sa présence, par un grands nombre d'états morbide, dont on a, jusqu'à présent, méconnu l'origine commune, et que, pour cette raison, les anciens ont décrit comme autant de maladies particulières. » Ici se sont les muqueuses que le mal attaque, et vous aurez des ophthalmies, des coryzas, des otites, des leuchorrées, etc.; là, c'est le derme, et vous aurez affaire à des eczèmes, des gonflemens, des pustules, des abcès froids, des esthiomènes, etc.; plus loin c'est le système osseux, et vous aurez des manifestations plus différentes encore en apparence, mais toujours les mêmes au fond. Non seulement, dit l'auteur, les affections des os ont la plus grande ressemblance entre elles, mais encore ne sont pas d'une autre nature que les ophthalmies, les otites; que les ulcères cutanés, les pustules; que les abcès froids, quelques multipliés qu'ils puissent être dans l'économie; la seule différence est dans le siège : cela est si vrai qu'on les voit alterner, se succéder, et quelquefois même exister simultanément sur le même malade.

Aux yeux de M. Lugol, la scrofule n'est pas définissable par une circonscription comme tant d'autres maladies; pour lui il s'agit d'une maladie toujours congénitale et toujours révélée par le développement de tubercules; cette production est en effet, dit-il, la scrofule elle-même, son signe anatomique, pathognomonique, celui-là seul qui la caractérise et qui donne de la valeur à tous les autres symtômes; il ne s'en suit pas qu'il y a scrofule dans tel ou tel tissu ou organe malade, et qui ne présente pas de tubercules chez le sujet scrofuleux. La condition essentielle c'est le tubercule, c'est là la maladie d'après M. Lugol.

« Qu'un malade soit affecté de tubercules, n'importe leur siège, pour nous, dit-il, il est scrofuleux; qu'un malade ait une opthalmie; une leucorrhée, des ulcères cutanés, abcès froids, des caries, des tumeurs blanches, etc., la nature de toutes ces maladies ne peut être mise en doute, elles sont scrofuleuses quand il a existé des tubercules, ou qu'il y a coïncidence de ces productions morbides soit chez le sujet malade, soit saulement dans sa famile. » Ainsi, d'après l'auteur, la scrofule c'est la tubercule, et le tubercule c'est la maladie générale, localisée pour ainsi dire dans ces petits foyers morbides qui rayonnent partout leur influence délétère. Pour faire plus nettement comprendre sa pensée, l'auteur ajoute : « Pour nous, la tubercule est de même origine et reconnait le même mode de formation que tous les organes; il est lui-même une sorte d'organe qui a sa vie particulière, comme le foie et la rate ont la leur propre; comme eux, il fait son évolution spontanée; c'est une producton pathologique qui modifie profondément tous les élémens organiques, et par suite leurs fonctions, et qui imprime aux sujets qu'elle affecte une complexion particulière qui n'est autre que la complexion scrofuleuse, complexion originaire de laquelle dérivent ensuite les tubercules qui peuvent envahir tous les tissus, et un nombre infini de maladies improprement appelées scrofuleuses. » — On voit par là que M. Lugol matérialise la scrofule dans le tubercule, sans la localiser pourtant; il ne s'enquiert guère de l'état dynamique des tissus dans lesquels s'engendre primitivement une pareille production matérielle, puisque la chose est congénitale d'après ses recherches, et par conséquent au-dessus des investigations de l'homme. Rechercher en effet une pareille origine ce serait vouloir déterminer la nature des forces génératrices des rudimens primordiaux de nos organes. Il s'en suit qu'aux yeux de M. Lugol un état scrofuleux sans tubercules est impossible, de même qu'il est imposible d'admettre une scrofule accidentelle d'après sa doctrine. Tout cela est sans doute parfaitement logique; on pourrait cependant se demander comment une maladie génerale si parfaitement étudiée par M. Lugol peut reconnaître sa source dans cette condition purement mécanique. Tout en adoptant les belles considérations générales de l'auteur, on peut se demander encore s'il ne faut pas voir dans cette production matérielle si nettement définie par ses recherches un effet plutôt dynamico-vitale pathologiques, susceptible de caractérisation, et si ces conditions n'auraient pas pour point de départ, tel ou tel tissu élémentaire commun de tous les organes; et, enfin, si la présence elle-même des tubercules ne serait qu'un degré déjà avancé de la maladie. Ce sont là autant de doutes que nous soumettons aux lumières des savans, et qui ne pourraient qu'ajouter d'ailleurs aux recherches de M. Lugol.

Après cette esquisse générale que l'auteur a tracée habilement, à grands traits de maître, dans une préface pleine de vérité et de verve. M. Lugol entre en matière par l'étude de l'hérédité de la scrofule. C'est ici surtout que son esprit investigateur, judicieux, pénétrant et analytique à la fois, se montre dans toute sa vigueur; il examine l'hérédité sous toutes les faces, il interroge d'abord isolément les organes de l'adulte qui génère des enfans scrofuleux, le suit dans sa progéniture, le suit dans sa famille descendante et ascendante, et partout il fait voir, toucher du doigt le mal dans ses manifestations patentes ou larvées, à l'aide de faits choisis, d'observations exactes dont l'à-propos intéresse vivement et dont les circonstances curieuses rendent la lecture extrêmement attrayante. Ce chapitre sur l'hérédité embrasse rien moins que 64 pages; c'est une véritable mine de faits remarquables et de considérations d'un ordre élevé, dignes de la méditation du praticien profond, du médecin philosophe. Vient un second chapitre intitulé : *De la santé des parents qui engendrent des enfans scrofuleux.* Ce morceau, qui n'est pas moins étendu que le précédent, est divisé en six articles dont chacun peut être considéré comme une dissertation de haute physiologie pathologique, plein d'originalité, de justesse et d'intérêt pratique. Suivent d'autres sujets non moins importans, et que l'auteur traite avec la même profondeur. Le livre dont nous venons de donner une idée très-sommaire est destiné à prendre place dans toutes les bibliothèques comme une œuvre pratique consciencieuse et des plus élaborées; il vivra longtemps, autant, sans doute, que les livres basés sur l'observation exacte; et il se recommande encore par la netteté de la pensée, la pureté du style et une méthode remarquable d'exposition. Nous regardons l'ouvrage de M. Lugol comme une des plus belles productions médicales du jour.

Aphorismes d'Hippocrate, traduits en français avec le texte en regard; accompagnés d'un argument et de notes par E. Littré, de l'Institut (académie des inscriptions et belles-lettres), et de la société d'histoire naturelle de Halle. Vol. in-12, prix 3 fr., à Paris chez J. B. Baillière, libraire.

De la meningite cerebro-rachidienne et de l'encephalo-meningite épidémiques, par N.-J.-F. Rollet, ex-médecin en chef de l'hôpital militaire de Nancy; médecin en chef de l'hôpital militaire de la rue de Charonne, à Paris, etc., etc. in-8°, prix 2 fr. 50, à Paris, chez J.-B. Baillière.

The médical times (nouvelle série). Depuis le 1er janvier 1844, ce journal a été augmenté de quatre pages in-4°, et contient chaque semaine la matière d'un volume in-8°. Par cette augmentation, les lecteurs du *Medical Times* seront toujours tenus au niveau de la science, et la coopération des autorités telles que Guthrie, Brodie, Brande, William, Whartones Jones, etc., permettra aux abonnés de suivre les progrès de la médecine et chirurgie, en Angleterre. Le 10e volume, qui a commencé le 1er avril, contiendra entr'autres sujets importans, les leçons de *sir B. Brodie, sur la chirurgie, de Wharton Jones, sur l'anatomie et la physiologie de l'œil*, de *Schonlein*, médecin de S. M. le roi de Prusse, *sur la médecine, de Guthrie, sur la chirurgie*, etc.; enfin, d'ajouter de temps en temps 24 colonnes, contenant la revue des journaux. Prix de l'abonnement, 3 mois 8 fr. 50 c.; six mois 17 fr.; un an 34 fr.

S'adresser au bureau du *Medical Times*, 49, Essex-street, Strand, London, et 177, rue Monmartre, Paris.

IMPRIMERIE DE E. BRIÈRE, RUE SAINTE-ANNE, 55.

Deuxième Année. **Ce Journal paraît le Ier de chaque mois.** **No 4. — Juillet 1844.**

ANNALES DE THÉRAPEUTIQUE

MÉDICALE ET CHIRURGICALE ET DE TOXICOLOGIE.

Cette publication a pour but d'approfondir l'étude des Médicaments, des Poisons, des Eaux minérales, et de faire connaître avec exactitude la Pratique des Hôpitaux de Paris.

REVUE MENSUELLE DES HÔPITAUX.

PUBLIÉES PAR

M. le Docteur ROGNETTA,

Ancien Rédacteur de la *Gazette Médicale* et de la *Gazette des Hôpitaux*.

L'abonnement est de
Pour Paris. . . 10 fr.
Pour la Province 12
Pour l'Étranger. 14

—

On s'abonne à Paris,
Chez
LE RÉD. EN CHEF,
Rue des Petits-Augustins, 15 bis.

« Pour moi, je crois qu'un seul homme peut embrasser toutes les parties de l'art; et, puisqu'on les a divisées, je » fais surtout cas de celui qui réunit le plus de connaissances qui le concernent. »

(Celse, liv. 7. c. 1.)

ÉTUDES SUR LES EAUX MINÉRALES.

—

« Les eaux minérales sont une richesse dont on doit compte à l'humanité.

» Alibert. »

DES EAUX DITES FERRÉES, CHALYBÉES OU MARTIALES.

On a beaucoup disserté sur les eaux ferrugineuses, et l'on s'est élevé jusqu'à des considérations métaphysiques, ce qui ne veut pas dire qu'elles soient bien connues; loin de là. Un auteur a dit que c'était par un effet intentionnel de la Providence, qu'on voyait des sources chalybées à côté des grandes villes comme à Paris, car on remédie ainsi aux effets du vice et de la corruption qui engendrent tant de maladies (Chenu); et un autre a ajouté : que cela tenait uniquement à la présence des rivières (Bourdon), ce qui signifierait en d'autres termes, ou que les sources martiales auraient jailli après la formation des villes, ou que les rivières contribuent à leur jaillissement! Laissons de côté ce singulier mysticisme ou ce matérialisme grossier à propos d'eaux minérales. Ce qu'il y a d'important à constater avant tout, c'est que les eaux ferrées se rencontrent sur tous les points du globe, par cela même que l'élément ferrique pénètre tous les corps organiques et inorganiques. Il n'est pas de terrain qui ne contienne, en effet, plus ou moins de ce métal; mais c'est surtout dans le terrain de formation primitive, d'où jaillissent les eaux thermales, qu'on le rencontre en plus grande proportion; là les couches sont plus fortes et plus pures (Berzelius); cependant les eaux thermales ferrées sont froides en général, ce qui a fait présumer qu'elles ne s'engendrent pas ordinairement à de grandes profondeurs, et cela parce que le fer se rencontre aussi par masses dans les terrains d'importation. « Les terrains plus modernes, surtout ceux de formation secondaire et tertiaire, contiennent des masses considérables de minerais de fer, dans lesquels une argile pénétrée de carbonate ferreux, d'hydrate ferrique et de silicate ferreux, accompagne les couches de houille, et fournit les matériaux nécessaires à la fabrication d'une immense quantité de fer, surtout en Angleterre. On trouve dans les terrains d'alluvion des minerais de fer limoneux, qui consistent principalement en hydrate ferrique, assez souvent mêlé avec du phosphate ferrique, et que l'on exploite aussi dans quelques localités de la Suède » (Berzelius). — On comprend déjà pourquoi le fer fait partie de toutes les eaux minérales indistinctement, quelles que soient leur espèce et leur température, et pourquoi aussi notre corps est lui-même imprégné de ce métal, car les aliments de tous les règnes et nos boissons sont pénétrés de cet élément universel. Dans leurs recherches sur les métaux dits normaux dans les organes de l'homme et des animaux, MM. Danger et Flandin s'expriment de la manière suivante. « Le seul métal dont nous ayons, disent-ils, constaté l'existence, particulièrement dans le sang et aussi dans les viscères, c'est le fer qui, selon nos remarques, n'existe pas en proportions égales dans les différents systèmes de l'économie. Les terres dont nous avons reconnu la présence dans le sang, sont : la soude, la potasse, la magnésie, la chaux, la silice et l'albumine. La chaux est rare dans les poumons, tandis qu'elle est abondante dans les liquides de l'exhalation bronchique. La silice est abondante dans le sang; l'alumine, au contraire, s'y trouve en moindre proportion que dans le canal digestif » (Flandin et Danger, *Mém. prés. à l'Ac. des sc.*).

Il est des pays dans le Nord où jusqu'à l'eau des lacs et des fleuves est très chargée de fer. On lit dans un im-

portant travail qu'un ingénieur des mines, M. Daubrée, vient de publier sur les dépôts métallifères de la Suède et de la Norwége : — « Un grand nombre de lacs et de marais de la Suède renferment du minerai de fer de formation extrêmement récente, la précipitation de ce métal continue même à se produire journellement encore en beaucoup de lieux, ainsi que l'ont observé depuis longtemps les habitants de ce pays, qui lui ont donné le nom de *minerai des lacs* et de *minerai des marais*. Il est surtout abondant en Smolande, en Wermlande où plus de deux cents lacs en contiennent.... On peut encore observer des dépôts journaliers semblables à ces minerais sur les bords du fleuve Luléo en Laponie.... L'oxide de fer, qui se précipite journellement au fond des lacs ou dans les marais, en un grand nombre de lieux de la Suède, y est amené à l'état de dissolution, et il se précipite à l'état de sous-sel organique. M. Berzelius a reconnu que l'acide qui est combiné à l'oxide ferrique dans ce précipité est l'acide crénique, qu'il a découvert dans l'eau minérale de Porla et qui, depuis lors, a été rencontré dans beaucoup d'autres sources minérales, où il paraît être un produit de la décomposition des matières organiques. Ce sous-crénate de péroxide de fer peut se former par décomposition du crénate ferreux qui est soluble » (*Ann. des mines*, 5e liv., 1843).

On peut dire en vérité que non seulement l'homme bien portant mange, boit continuellement le fer, mais qu'il respire, qu'il absorbe par toutes les voies ce métal sous différentes formes; car il en est entouré, emboîté, *encrouté* (qu'on nous passe cette expression), et il s'y plait, depuis son existence amniotique, jusqu'à la fin de ses jours. Son épiderme, ses poils contiennent du fer, et du fer se trouve aussi dans ses vêtements. L'habitant du Nord, qui se plaît à vivre dans des maisons en bois, peint sa demeure en rouge avec l'oxide ferrique, ce qui préserve le bois et entretient la salubrité des lieux (Berzelius); tandis que l'habitant du Midi préfère dans le même but la brique qui est, comme on sait, aussi un produit terréo-ferrique. Le riche fait usage à sa table des ustensiles en verre coloré en rouge ou en vert, et c'est aussi au fer qu'il a affaire pour cela; tandis que le pauvre, sans argent et sans verre, se trouve dans les mêmes conditions physiques par d'autres raisons. Quoiqu'on fasse donc, on n'échappera pas à l'influence du fer, et il faut accepter ce métal comme une monnaie salutaire, puisque c'est ainsi que l'a voulu la nature. Il ne s'ensuit pas cependant, ainsi que l'ont avancé quelques hommes de laboratoire (appelés *singes de la chimie* par Zimmermann), que dans certaines maladies qui réclament l'usage du fer, il y a défaut de cet élément, et que les préparations ferriques n'agissent autrement qu'en restituant au sang le principe colorant dont il a été dépouillé; nous renvoyons pour cela le lecteur au beau travail du professeur Tommasini que nous donnons dans ce numéro. Il ne s'ensuit pas non plus que le fer qu'on introduit dans l'économie soit toujours innocent; il est des préparations ferriques qui sont de puissants poisons (sulfate, iodure, cyanure de fer, etc.), moins à cause de leur base, à la vérité, que des acides avec lesquels le fer s'associe; mais ces préparations ne se rencontre pas dans les eaux minérales, à l'exception d'une seule (sulfate de fer). Le sel cependant, auquel nous faisons allusion, est ordinairement en si faible quantité dans les eaux martiales qu'il n'offre pas le moindre danger; son existence est même une condition heureuse d'énergie, et c'est à la présence du sulfate de fer que la magnifique eau ferrugineuse qui jaillit à l'une des barrières de Paris (Passy) doit d'être au premier rang parmi les eaux connues de ce genre. Nous ne connaissons qu'une seule eau chalybée qui soit plus riche que celle de Passy, au point de vue chimique; c'est celle de Poggetto, en Sardaigne; cette eau qui est froide contient une si grande quantité de sulfate de fer, qu'elle est toxique à une certaine dose, aussi n'est-elle pas employée en médecine. Rien ne serait cependant plus facile que de l'affaiblir, ainsi qu'on le fait aux sources de Passy par le seul séjour du liquide dans des jarres appropriées; le sel ferrique est décomposé, l'acide s'échappe et le peroxide se précipite; on a ainsi une eau ferrée légère, qu'on appelle épurée pour les estomacs qui ne peuvent tolérer l'eau pure.

D'après les observations que nous avons faites à Passy, en buvant et en faisant boire l'eau à la source même, nous pensons qu'on doit toujours préférer l'eau pure, même chez les sujets les plus faibles, les enfants les plus délicats; nous en avons obtenu des effets merveilleux à la dose de deux à trois verres, et jamais le moindre accident; c'est un remède vraiment précieux que les médecins devraient mieux connaître, et ordonner en faisant aller les malades à la source ou en faisant puiser l'eau pure, qu'on renouvelle tous les deux ou trois jours, au lieu de les adresser aux Pharmacies pilulaires que le charlatanisme exalte sous les auspices d'une complaisante Académie. Alibert les compte lui-même au nombre des plus puissantes : « Je les ai prescrites pour mon compte, dit-il, dans les cas où il y avait langueur de l'appareil digestif, dans la chlorose, dans les hémorrhagies passives, et je puis affirmer qu'on peut les ranger parmi les eaux ferrugineuses les plus puissantes. Je me souviens d'un hypocondriaque, bibliothécaire de sa profession, très morose, à face plombée, qui est parvenu à se guérir complétement de ses maux d'entrailles, en allant tous les matins, à pied, boire à la source deux ou trois verres de cette eau salutaire. Cet exercice dura environ un mois; il m'a souvent dit depuis que rien ne lui avait été plus favorable. »

Le même auteur a écrit les lignes suivantes à propos des eaux ferrugineuses : « On remarque, dit-il, qu'elles sont inégalement réparties sur divers points de la France; c'est ainsi, par exemple, qu'elles sont très peu abondantes dans les plaines de la Garonne, si fertiles d'ailleurs en autres productions. Mais, comme l'observe très ingénieusement M. le docteur Tarry, la nature, toujours bienfaisante, fait rouler, par intervalles, dans ce fleuve, des torrents d'eau ferrugineuse qui font une eau minérale précieuse. Ce phénomène a lieu à l'époque où les terres ferrugineuses sont entraînées par des pluies abondantes dans le Tarn, qui, ne

mêlant ses eaux à la Garonne, forme un mélange d'un rouge de sang; la filtration sépare la matière ocracée surabondante qui n'est que suspendue dans les eaux; elles sont alors limpides, transparentes, et conservent néanmoins une faveur styptique très marquée qui décèle leur principe minéralisateur.» — D'après M. Anglada, cependant, il ne suffit pas qu'une eau traverse une couche de terrain ferrugineux pour se minéraliser, puisque l'analyse de l'eau qui filtre dans les mines de fer de Fillols, près Vernet, ne lui a pas donné un seul atome de ce métal. Si cela était exact, on devrait en conclure que l'eau dans laquelle on fait digérer quelques morceaux de fer et que les médecins prescrivent aux malades comme médicament, est tout à fait nulle. Une pareille conclusion serait tout à fait erronée. Lorsqu'on fait oxider le fer peu à peu dans une grande quantité d'eau, il se forme autour de lui un précipité léger, de couleur orange claire; c'est de l'hydrate ferrique contenant 14,7 pour cent d'eau, et dans lequel l'oxide ferrique contient deux fois autant d'oxigène que l'eau. On rencontre quelquefois cet hydrate dans la nature, formant un minerai de fer, cristallin et rayonné, de couleur brune foncée, que les minéralogistes allemands appellent *brauneisenstein* (fer oxidé brun). Sa surface est souvent brillante, vitreuse et presque noire. La rouille sèche et d'un jaune foncé, qui se forme à la surface du fer exposé à l'air humide, est souvent de même nature; mais fréquemment elle renferme en même temps du carbonate ferreux. Les fers limoneux ou les ocres sont de semblables hydrates; mais assez souvent ils contiennent une combinaison triple d'oxide ferrique, d'acide silicique et d'eau, qui en outre se trouve mêlée avec de l'alumine, de la chaux, du sable et d'autres corps étrangers (Berzelius). L'on comprend à peine comment une eau pourrait traverser des mines de fer sans se minéraliser plus ou moins, alors qu'on sait que les pyrites, quisont composées de sulfure ferreux et de persulfure de fer, forment aisément des sulfates au contact de l'eau. Dans les mines de houille où l'on rencontre des sulfures de fer, on voit assez fréquemment s'engendrer des sulfates, avec un tel dégagement de calorique, quelquefois, que des masses énormes de charbon de terre se sont enflammées et ont causé de grands malheurs. L'assertion de M. Anglada mérite donc révision, et au surplus elle n'est basée que sur un seul fait, et n'infirme rien d'ailleurs de ce qu'on sait sur la matière.

On est frappé, dans l'étude de ces eaux, de ne trouver sur le sol de France, si riche en eaux alcalines et sulfureuses, thermales et athermales, qu'un petit nombre de sources martiales. Alibert en comptait à peine une vingtaine en tout, et l'on est plus étonné encore de n'en rencontrer presque pas de chaudes, car si l'on excepte celles de Rennes-les-Bains (Aude), qui marquent 32° à 41° R., et celles de Saint-Honoré, près Nevers, qui marquent 26° R., elles sont toutes athermales; aussi, ne les emploie-t-on, généralement, que comme remède intérieur. Se basant probablement sur ce fait isolé, quelques hydrologues ont écrit que les eaux ferrées n'émanaient jamais des terrains primitifs, ce qui est une erreur. Indépendamment des sources thermales de ce genre qu'on connaît dans les domaines de l'Allemagne, on en trouve d'autres ailleurs. Il existe en Grèce plusieurs sources ferrées thermales, une, entre autres, qui jaillit dans la mer elle-même, à travers un rocher de l'île de Thermia, précisément à Milo. Plusieurs fontaines émanent de cette source, elles offrent une température de 56 à 60° c. Cette eau est salée en même temps et riche en acide carbonique, ce qui la rend agréable à boire et d'une grande efficacité thérapeutique. Un demi-kilog. de cette eau (16 onces) contient rien moins que 80 centig. (16 grains) de carbonate de fer. On y a constaté le bromate de soude, et elle doit aussi contenir de l'iode. Une autre source plus remarquable encore des contrées helléniques jaillit à Santorin, d'un rocher volcanique sous-marin qui a donné naissance à cette île; elle émane du fond même de la mer, offre à la surface une température de 56° c., et profondément cette température s'élève considérablement. L'auteur pense qu'en sortant du bas-fond de la mer, cette eau doit offrir 100°, ce qui ferait présumer qu'elle ne s'élance qu'à l'état de vapeur, comme celle de Giéser, en Islande. Chaque livre contient 21 grains 333 de carbonate de fer, proportion énorme à laquelle on ne pourrait rien opposer parmi les eaux ferrées de nos contrées (Bouros, *Acque minerali della Grecia*). En Piémont, il est une source thermale ferrugineuse tellement abondante qu'elle suffirait à faire marcher les roues d'un moulin; c'est la source de Bonneval, dans un endroit appelé le *Saut-de-la-Pucelle*. Le sédiment ocracé est tellement abondant qu'il forme quelquefois sur le terrain arrosé par le liquide une couche de l'épaisseur de plus de douze centimètres (mezzo palmo). L'eau ferrée de l'établissement de Salins, en Piémont, est également thermale et contient aussi de l'iode et du brome, et celle d'une autre localité du même pays (Monteidda) exhale des vapeurs tellement abondantes que les voyageurs non prévenus croient à un incendie en y abordant (Bertini, *Idrologia minerale degli stati Sardi*, 1843). L'on ne comprendrait pas, d'ailleurs, pourquoi il en serait autrement, puisque c'est dans le terrain primitif que l'on rencontre le plus de fer et que les terrains volcaniques eux-mêmes fournissent la plus grande quantité de minerai de ce genre dont l'industrie fait usage.

Le fer se rencontre à l'état d'oxide, de carbonate ou de sulfate dans les eaux minérales. Il en faut une certaine proportion pour que le liquide offre au goût une stypticité métallique sensible. M. Orfila a dit quelque part, cependant, et plusieurs écrivains ont répété, qu'un seul grain de carbonate de fer dissous dans *vingt onces* d'eau communiquait à ce liquide une saveur d'encre très désagréable. M. Orfila dormait probablement ou chantait une romance quand il prononçait une pareille ineptie. L'eau chalybée de Saint-Honoré, qui produit tous les ans de si belles cures, contient beaucoup de carbonate de fer, et pourtant elle est tout à fait insi-

pide. D'après quelques chimistes, l'oxide de fer jouerait dans les eaux le rôle d'acide et se combinerait à la chaux, pour former un ferrate de chaux qui se précipite à l'émersion par le contact de l'air et forme la matière ocracée qui encroûte les abords de ces sources ; mais cette opinion est loin d'être adoptée par les hommes les plus compétents. Quoiqu'il en soit, toujours est-il que les eaux en question sont naturellement très susceptibles de décomposition spontanée, et il suffit de les observer pendant huit à dix jours dans des bouteilles pour s'en assurer; elles se troublent, deviennent rouilleuses par la précipitation de l'oxide ferrique ; le bouchon lui-même s'imprègne de ce métal. Aussi, a-t-on proposé de saturer les bouchons de liége dans de l'eau martiale avant de les employer à cet usage.

On s'imagine communément qu'une eau chalybée ne contient que du fer et qu'elle peut être remplacée, soit par les pilules dites de Bland ou de Vallet, soit par une infusion de clous dans de l'eau aérée. C'est là une grande erreur. Ces préparations ne sont que de grossières imitations; aussi, trouve-t-on le fer par masses dans les excréments des malades auxquels on les administre. Cela prouve qu'elles ne sont que peu absorbées, le reste étant en pure perte. Il suffit de jeter les yeux sur les tableaux des analyses des eaux dont il s'agit pour se convaincre qu'il ne s'agit pas de composés simples. Ces tableaux, quoiqu'imparfaits, apprennent cependant que le fer n'est jamais seul et qu'il constitue seulement l'un des éléments d'un corps complexe divinement élaboré. Des sels de soude, de magnésie s'y associent constamment dans des proportions plus ou moins fortes, tantôt sous forme d'hydrochlorate et de sulfate, tantôt sous celle de carbonate. L'iode et le brome s'y ajoutent inévitablement lorsque le sel marin y entre en fortes proportions, de la silice, de l'alumine, de la chaux, du gaz acide carbonique libre, quelquefois aussi de l'hydrogène sulfuré, etc. On voit par là que chaque eau ferrée naturelle est un composé mixte et ne ressemble en rien aux produits de nos pharmacies. Quand on boit, par conséquent, de ces eaux ou qu'on s'expose à leur absorption dans une baignoire, on reçoit plusieurs éléments à la fois, d'action générale analogue, de propriétés électives différentes et susceptibles, par cela même, d'agir heureusement sur plusieurs systèmes ou organes ; de là ces effets mixtes, étonnants, inexplicables aux yeux de beaucoup de monde, et que nous devons étudier en détail; de là aussi la divergence très grande qui existe parmi les hydrologues sur la question de leur classement. Les uns, en effet, regardent comme ferrées des eaux que d'autres classent parmi les salines ou les alcalines, et ceux-ci considèrent comme chalybées des eaux que ceux-là ont rangé parmi les acidules ou les sulfureuses. Tout cela est arbitraire, et il ne peut en être autrement, par la raison, nous le répétons, que les eaux minérales sont des composés complexes qui échappent à nos petites vues systématiques. Comment peut-il en être autrement, d'ailleurs, puisque nous ne connaissons leur composition que superficiellement. Mieux vaudrait donc dire, pour l'intelligence du langage : nous nommons ferrées ces eaux-là qui déposent beaucoup de fer dans les conduits de leur parcours extérieur, sans préjuger aux autres qualités qu'elles peuvent avoir en même temps comme eaux minérales d'une autre catégorie.

Les goûts des nations, au reste, contribuent aussi quelque peu à ces sortes de baptêmes ; les Anglais, en effet, qui sont si riches en métal nummulaire et si pauvres en eaux minérales, appellent chalybées les eaux de Cheltenham et Harrowgate où ils accourent en foule à cause de quelques atômes de fer qu'on y rencontre. Vingt-quatre à trente mille baigneurs interviennent à ces sources chaque année. Ces eaux ne seraient que purement salines aux yeux des écrivains continentaux, tandis qu'en France où l'on fait grand cas des eaux alcalines, on ne mentionne même pas l'élément ferrique qui se rencontre dans toutes les eaux de ce genre, à Vichy comme à Haute-Rive, à Pougue comme à Saint-Nectaire, au Mont-d'Or comme ailleurs. La proportion du fer est même tellement fortes dans une des trois belles sources alcalines, que M. Brosson vient de découvrir à Vichy, à Veize et à Cusset, qu'on pourrait lui assigner le nom d'alcalino-ferrée; mais ces trois nouvelles sources contiennent aussi de l'iodure et du bromure, ce qui ajoute singulièrement à leurs propriétés, et déroute toute tentative de classification systématique.

Un auteur anglais, M. Rees (*The Cyclopedia*, article *Water*), divise les eaux ferrugineuses en deux catégories qu'il appelle, les unes simples les autres composées. Dans la première, il classe les eaux qui contiennent du carbonate de fer sans un grand excès d'acide carbonique ; dans la seconde, il compte les eaux qui contiennent du sulfate de fer en combinaison avec du sulfate d'alumine. Les eaux de cette catégorie sont moins fréquentes que les premières et résultent, d'après l'auteur, de la décomposition des pyrites ferriques ; elles se sudivisent en chalybées salines et en chalybées acides. M. Fontan a constaté dans les Pyrénées, trois espèces d'eaux ferrugineuses, savoir : *carbonatées, sulfatées, crénatées*. Dans les premières, le fer est dissous par l'acide carbonique, dans les secondes, par l'acide sulfurique, dans les troisièmes, par l'acide crénique. On peut si l'on veut, admettre le principe de ces classifications, mais on ne saurait blâmer un auteur qui les rejetterait comme incomplètes, par les raisons que nous venons d'exposer.

Les eaux ferrées, carbonatées ou sulfatées, sont en même temps, ou peuvent être, acidules ou alcalines, par la présence de l'acide carbonique libre ou des sels alcalins. On appelle aussi acidulo-martiales les premières. M. Chenu en a fait quatre classes, savoir : 1° ferrugineuses simples, carbonatées ou sulfatées ; 2° acidules ferrugineuses ; 3° acidules alcalino-ferrugineuses ; 4° salino-ferrugineuses. D'autres en font un plus grand nombre. On appelait *vésicaires*, autrefois, les eaux ferrées, parce qu'elles servaient aux malades

atteints d'affections de la vessie. On pourrait, avec autant de droit, les appeler autrement, car, ainsi que nous le verrons, ces maladies ne sont pas les seules qu'elles guérissent. Il en est parmi ces eaux qui se sont fait une réputation bien méritée pour des maladies de la moelle épinière ou du cerveau, pour des affections oculaires graves, pour des lésions viscérales chroniques, et même, chose inattendue, pour les maladies les plus opiniâtres et les plus graves du système cutané; nous avons rapporté, dans le dernier numéro, un cas des plus désespérés d'éléphantiasis générale, guéri aux eaux de Carlsbad, et l'on possède en France des eaux ferro-salines non moins renommées par les cures du même genre qu'elles ont opérées depuis l'antiquité; telles sont les eaux de Rennes-les-Bains que nous avons déjà citées. Une des fontaines de cette localité a pris le nom de *Bain-des-Ladres*, parce qu'elle était destinée aux lépreux. Alibert, qui en parle particulièrement, dit : « J'ai été consulté par un négociant de la province, qui a trouvé dans l'emploi de ce bain un soulagement qu'il avait inutilement cherché aux Pyrénées, pour un *prurigo formicans*, devenu très incommode dans sa vieillesse. Nul doute que cette source ne soit particulièrement favorable au traitement de l'ichthyose et des affections herpétiques, qui altèrent plus ou moins gravement les fonctions exhalantes de la peau. » Que devient-elle donc la prétendue spécificité des eaux sulfureuses? Ces premières notions générales étant posées, nous entrerons plus directement en matière dans le prochain article.

DOCUMENTS HYDROLOGIQUES.

—LES BAINS DE MER CHAUDS ET LA SCROFULE CHEZ LES ENFANTS, par M. *Guastalla*, *médecin à Trieste*. — Un petit enfant, neveu du docteur Namias, de Venise, de constitution éminemment scrofuleuse, avait à peine passé la première année de la vie lorsqu'il a paru, à la suite d'une dentition laborieuse, affecté de *tabès mésentérique* avec amaigrissement extrême et donnant des craintes sérieuses sur sa vie. J'ai été consulté par mon collègue, M. Namias, c'était dans le mois de décembre de 1841. Malgré l'âge très tendre de l'enfant, malgré l'émaciation extrême de son corps et la saison froide, nous nous sommes décidés pour les bains d'eau de mer, à la température de 28-29° R. Nous avons commencé par tenir l'enfant dans le bain pendant dix minutes seulement, ensuite nous sommes arrivés jusqu'à 25 minutes. Après chaque bain, l'enfant était couché dans un lit, pas plus couvert qu'à l'ordinaire, afin d'éviter des sueurs trop abondantes qui auraient pu l'affaiblir subitement. Aucun autre remède n'a été administré. Après le vingtième bain l'amélioration était déjà très sensible, le ventre qui était volumineux et tendu avait diminué, et le petit malade a commencé à prendre des forces. On a continué l'usage de ces bains pendant huit mois, la guérison a été complète. — Delpech, au dire de Monnoyer, (*Sur l'emploi thérapeutique de l'eau de mer*, Montpellier, 1818), employait également les bains tièdes d'eau de mer, chez les enfants atteints de tabès mésentérique, même dans les cas où il y avait fièvre étique, diarrhée et œdème des membres inférieurs indiquant de graves désordres intérieurs, et il s'en trouvait parfaitement. Bien que, cependant, le bain tiède d'eau marine soit le remède par excellence contre les affections scrofuleuses chez les enfants, jusqu'à la septième année; néanmoins, tous ne peuvent le supporter; mais c'est là l'exception. Il est rare que l'intolérance existe au point d'obliger à y renoncer tout à fait; cela arrive lorsqu'on a affaire à des enfants très tendres, extrêmement affaiblis par la maladie. Il m'arrive souvent de ne pouvoir faire prendre un bain tous les jours à cause de la faiblesse; j'en prescris alors un tous les deux jours. Dans d'autres cas, je ne fais tenir l'enfant que quelques minutes seulement dans le bain. Voici un cas où la continuation du remède a été impossible: un enfant âgé de deux ans et demi, fils d'un négociant grec, offre tous les caractères d'une scrofule-type des plus développées, avec engorgements abdominaux et symptômes de rachitisme bien développés. Il a été soumis, par mon conseil, à l'usage de bains marins pendant l'été de 1840, et avec les précautions que je viens d'indiquer. J'ai fait mêler d'abord par moitié l'eau de mer avec de l'eau douce, et l'enfant n'était tenu dans le bain que de 10 à 15 minutes, l'eau étant à la température de 27-28°. On évitait la sueur après chaque bain. L'affaiblissement des forces a augmenté à vue d'œil, ainsi que l'amaigrissement et l'inappétence; une diarrhée abondante s'est déclarée, et que j'ai eu de la peine à arrêter à l'aide du laudanum. J'ai donc fait suspendre l'usage des bains, et les forces se sont relevées petit à petit. Sous l'influence du lait, l'état de l'enfant s'est amélioré. J'ai rencontré d'autres cas pareils; mais, je le répète, ces cas sont rares, exceptionnels. Dans toutes les formes de la scrofule, le bain marin tiède nous a généralement offert plus d'avantages que le bain froid. Dans quelques cas, néanmoins, le contraire a eu lieu; dans cette occurrence, il est utile de le conseiller à l'air libre et combiné avec la natation. Le bain marin froid convient surtout lorsque la scrofule s'offre avec des écoulements muqueux abondants, avec des écoulements sanguinolents, avec des dartres chroniques et insensibles. Ces conditions se rencontrent ordinairement chez des sujets adultes, chez des enfants qui ont dépassé la septième année, et dont la scrofule est vague, pour ainsi dire, dans tout le corps, puisqu'elle ne se montre avec prédominance dans aucun organe en particulier. L'exercice gymnastique dans l'eau marine est d'un précieux secours dans ces occurrences. Fallope raconte que plusieurs individus scrofuleux condamnés aux galères se sont délivrés de leur mal par l'exercice forcé. Le traducteur français de l'ouvrage de Hufeland sur les maladies scrofuleuses, dit avoir observé que, dans les ports de mer, on voit très rarement des enfants scrofuleux au-dessus de sept ans, par la raison qu'ils s'exercent à la nage. Cette observation est exacte, et j'ai constaté moi-même dans notre port un très grand nombre d'enfants scrofuleux perdre petit à petit ce caractère maladif à mesure qu'ils s'exerçaient à la nage. Ils guérissent complétement à la longue, deviennent robustes et se développent parfaitement. Il résulte de nos remarques que la prescription du bain marin froid est basée sur des données positives; l'âge du sujet, sa constitution, la forme de la scrofule doivent entrer en ligne de compte et décider le médecin pour l'un ou l'autre mode d'administration.

—BOISSONS AQUEUSES. « Dans les embarras des premières voies, les suites d'indigestion, les irritations gastro-intestinales, les engorgements des viscères abdominaux, etc., l'eau prise à dose modérée est souvent utile, soit comme simple délayant agissant mécaniquement, en quelque sorte, pour

arasser a surface muqueuse des matières inalibiles qui l'irritent, et en prévenir l'absorption, soit comme antiphlogistique direct.... Froide, elle excite les urines, quelquefois les sueurs lorsqu'on en prend plusieurs pintes, et qu'on se tient au lit et bien couvert, parfois même la diarrhée. Souvent, il suffit de quelques verres d'eau froide pour calmer un hoquet importun, modérer le sentiment de chaleur des entrailles qui accompagne ces affections, pour nettoyer la bouche et faire renaître l'appétit. Quelques personnes sont dans l'usage, en se couchant, de prendre, au lieu d'aliments, un ou deux verres d'eau froide, usage mentionné par Pline. Georges Clauder, déjà cité, l'indique comme moyen de remédier au désir immodéré des boissons spiritueuses (*aquæ qua mortuus lavatur, sedat nimium et abusivum spiritus vini appetitus*). » (Mérat et Delens.)

— Vins mousseux. Le gaz acide carbonique exerçant sur l'économie une action dynamique hyposthénisante, devient un neutralisant de l'alcool; c'est la raison pour laquelle les vins mousseux sont moins enivrants, à conditions égales, que les autres. « La plupart des vins trop spiritueux sont, comme on dit, capiteux. On fait ce reproche au vin de Champagne; mais c'est peut-être le plus innocent de tous les vins, quand on n'en prend que raisonnablement. Le Bourgogne fait plus d'impression sur le genre nerveux; on conseille même le vin de Champagne à certains goutteux, sur la remarque que l'on a faite qu'il n'y a presque pas de ces maladies dans cette province » (Zimmermann).

— Eaux dures. « Je n'ai pu remarquer que les eaux dures (c'est-à-dire chargées d'une portion de sélénite ou d'autre matière terrestre) aient été très évidemment nuisibles, lors même que l'on en a fait beaucoup et constamment usage; au moins, l'on ne peut donner de preuves satisfaisantes ou évidentes des mauvais effets qu'on leur a attribués. J'ai vécu plusieurs années dans une grande ville dont les eaux, que l'on employait le plus universellement, étaient très dures, et la plus grande partie du peuple ne buvait que de ces eaux, quoiqu'il en eût de plus douces à sa portée. Je n'ai cependant pas observé de maladies épidémiques dans ce peuple, ou au moins je n'en ai vu aucune que l'on pût attribuer à l'eau qu'il buvait, et que j'en ai rencontré aussi fréquemment dans une autre ville où j'ai également exercé la médecine plusieurs années, et dont les habitants buvaient très universellement de l'eau très douce. Les examens minutieux et exacts que l'on a faits des eaux que j'appelle simples ou communes étaient fort à désirer; néanmoins, depuis qu'on les a faits, ils ne me déterminent pas à croire qu'il soit nécessaire d'apporter beaucoup d'exactitude dans le choix des eaux, et quant aux mauvais effets que l'on a attribués à quelques-unes, je ne pense pas que l'on soit fondé à croire qu'il y en ait qui peuvent produire les écrouelles, la stupidité et d'autres maladies que l'on regarde comme endémiques dans certaines contrées » (Cullen).

— Insalubrité. étangs. Les villages qui avoisinent les étangs ressemblent à des hôpitaux : on n'y voit que des spectres y traîner une vie languissante; la pâleur de la mort est sur les visages, et un principe destructeur circule avec le sang (Macquart, *Encyclop. méthod.*).

Des deux nouvelles sources découvertes dernièrement a Vichy. *Documents officiels; par M. O. Henry, membre de l'Académie royale de Médecine*, etc.

§ Ier. Analyse de l'eau de la première source découverte a Vichy.—« M. F. Brosson, propriétaire à Vichy, département de l'Allier, découvrit il y a peu de temps dans un sondage fait au milieu de sa propriété, une source dont l'eau lui parut minérale et très analogue à celle qui alimente les établissements de Vichy. Il me pria d'en faire l'analyse et m'expédia de suite vingt bouteilles de cette eau, puisée en présence des autorités de l'endroit, ainsi qu'en fait foi le certificat ci-joint dont il me remit l'original. L'eau qui me fut remise était limpide, *sans odeur*, d'une saveur douceâtre, un peu saumâtre, nullement désagréable. Elle rougissait très légèrement le papier bleu de tournesol; mais, après une ébullition de quelques instants, elle présentait plutôt une réaction alcaline, plus marquée surtout quand l'eau avait été concentrée. Pendant l'évaporation, il se dégageait des bulles de gaz carbonique. Par l'évaporation, on obtint un dépôt blanc grisâtre de sels insolubles, et la liqueur surnageante retenait des sels solubles en proportion assez considérables.

» Pour 1,000 grammes de l'eau ci-dessus désignée, j'ai obtenu, sels solubles secs et après calcination : 4, 33
Sels insolubles : » 405

4, 735 (1)

» La nature des sels fut reconnue pour être formée : de *sulfates*, de *chlorures alcalins, carbonates* de *soude, de chaux*, de *magnésie*, de *silice* (silicates) d'*alumine*, d'*oxide de fer* et de *manganèse*, d'une trace de *lithine*, d'*iodure* et de *bromure alcalins* sensibles, et enfin d'un peu de *matière organique*.

En chauffant l'eau avec un excès d'acide sulfurique et évaporant le gaz carbonique, il s'est produit un dépôt silicieux gélatiniforme provenant d'un silicate alcalin existant dans l'eau intacte. Sans entrer dans le détail des procédés suivis pour l'appréciation analytique des principes minéralisateurs de cette eau minérale, je me bornerai à citer les résultats obtenus et rapportés à un poids d'eau égal à 1,000 grammes.

» *Composition chimique.*

Acide carbon. libre 0,272 (litre) à peu près un quart du vol.

			gram.		g ram.
Bicarbonates de soude (anhyd.)			4,840	crist.	5,730
Bicarbonates.	de chaux. . .		0,094		0,094
	de magnésie.		0,057		0,057
	de strontiane.		traces		traces
	de lithine. .		traces		traces
	de fer. . . . / de manganèse.	éval.	0,001		0,001
Sulfates.	de soude (anh.)		0,410	crist.	0,890
	de potasse. .		0,030		0,030
	de sodium. .		0,500		0,500
	de potassium.		0,004		0,004
Iodure / Bromure / Phosphate	alcalins.		très sen.		très sen.
Silicate de soude (bisilicate). .			0,340		0,340
Silice et alumine (silicate). . .			0,233		0,233
Matière organique			inappré.		inappré.
Total des substances fixes. .			6,509	(2)	7,889
Eau pure.			993,491		992.111
			1,000,000		1,000,000

(1) Ces résultats, ainsi que ceux de l'analyse citée plus loin, ont été obtenus sur le produit de l'évaporation de douze bouteilles, et rapportés par le calcul à un poids de 1,000 grammes d'eau minérale (un litre).

(2) Ce produit se trouve augmenté du poids de l'acide carbonique, 1 gr. 745, constituant les bicarbonates, qui étaient carbonates simples après la calcination.

« *Observation.* En comparant ces résultats à ceux obtenus dans l'analyse de l'eau des sources de l'établissement thermal de Vichy, on reconnait leur identité, et tout me porte à croire que ces eaux ont la même origine. — Certifié véritable. — *Signé :* O. Henry. »

Paris, le 3 juin 1844.

§ II. Analyse de la seconde source découverte à Vichy, *dans la commune de Vesse, au lieu dit le Pré-Salé.* — « M. F. Brosson, propriétaire à Vichy, découvrit, il y a quelques mois, dans la commune de Vesse, à l'aide d'un forage, une source minérale abondante dont il me pria d'analyser l'eau. En conséquence, j'ai procédé avec tout le soin possible à cette analyse, en opérant sur les vingt bouteilles qui m'ont été remises à cet effet. Le travail a été fait quelques jours après le puisement de l'eau, effectué le 26 avril dernier, et aussitôt son arrivée à Paris. L'eau a été puisée en présence du maire de la commune, ainsi qu'en fait foi le certificat ci-décrit, et elle m'est parvenue en très bon état avec les indications tout à fait conformes au certificat. Voici les caractères que cette eau m'a présentés.

» *Caractères physiques.* — Elle est limpide, sans couleur, d'une odeur un peu bitumineuse qui rappelle celle du pétrole. Sa saveur présente aussi ce caractère; elle est saumâtre au goût, légèrement salée et nullement désagréable. Quand on la verse dans un vase, elle laisse dégager spontanément quelques petites bulles nombreuses de gaz, et ce dégagement a lieu d'une manière plus prononcée dans un vase offrant des aspérités, ou bien lorsqu'on plonge au sein de l'eau un corps qui en est couvert. — Par l'action de la chaleur, elle laisse dégager progressivement une assez grande quantité de gaz carbonique, et alors on voit se précipiter dans le liquide un léger dépôt formé surtout des carbonates terreux. L'action des réactifs et les essais qualificatifs démontrent comme principes minéralisateurs de cette eau les substances suivantes: l'*acide carbonique*, les *carbonates* de *soude, de chaux*, de *magnésie, de fer, de manganèse*, de *strontiane*, de *lithine*, les *chlorures* de *sodium*, de *potassium*, les *sulfates* de *soude*, de *potasse*, avec *traces* de sulfate de *chaux*, les *silicates* de *soude*, d'*alumine*, le *bromure* et l'*iodure alcalin*, enfin, un peu de *matière organique* et *bitumineuse*. — Toutes ces substances se rencontrent également dans l'eau des sources de Vichy (grande grille et première découverte par M. F. Brosson), que j'ai examinées depuis peu. Je me dispenserai d'entrer dans les détails des procédés suivis pour l'analyse et l'appréciation des principes minéralisateurs de cette eau; je me bornerai à rapporter ici les résultats suivants :

Acide carbon. libre 0,310 (litre) à peu près le tiers du vol.

		gram.		gram.
Bicarbonates	de soude (anhyd.)	4,698	(crist.)	5,570
Bicarbonates	de chaux. } (1)	0,445		0,455
	de magné. }	0,408		0,408
	de strontiane. .	traces		traces
	de lithine. . . .	traces sens.		
	de fer et de mangan. (év.)	0,001		0 001
Sulfates	de soudre (anh.)	0,241	(crist.)	0,761
	de potasse. . . .	0,020		0,020
	de chaux. . . .	0,012		0,012
Clorures	de sodium. . .	0,295		0,295
	de potassium. .	0,004		0,004
Bromure, Iodure, Phosphate	alcalins.	non douteux et fort sens.		
Silicates de soude (bisilicate)		0,276		0,276
Silice et alumine (silicate). .		0,170		0,170
Mat. bitum. à odeur de pétrole		non appréciée, inappré.		
» Total des substances fixes		6,570		7,960
» Eau pure.		993,430		992,040
		1,000,000		1,000,000

(1) Si les carbonates terreux sont un peu plus considérables que dans l'analyse de l'eau de la première source, cela tient sans doute à une légère infiltration d'eau étrangère, qui diminue aussi fort peu, à la vérité, les proportions relatives de bicarbonates de soude et de chlorure de sodium, etc. (*a*).

» L'eau de la source de la commune de Vesse a, comme on le voit, la plus grande analogie avec celle d'autres sources de Vichy, et principalement avec celle dont j'ai déjà décrit l'analyse, et qui vient d'être faite de nouveau par moi, comparativement avec celle de la grande grille, sur la demande de M. le ministre du commerce et de l'agriculture. Il n'y a donc pas à douter aussi que l'eau de la nouvelle source de Vesse ne jouisse des mêmes propriétés médicales. — Certifié véritable.. — *Signé :* O. Henry. »

Paris, le 3 juin 1844.

— Remarques thérapeutiques sur les sources précédentes. Les nouvelles sources minérales dont vient de s'enrichir le département de l'Allier sont au nombre de trois. Elles ont été découvertes par la même main, par M. Brosson, propriétaire à Vichy, et l'un de nos plus habiles praticiens hydrologues, dans trois localités différentes et à quelques semaines de distance l'une de l'autre. La première est à côté du grand établissement thermal de Vichy; la seconde, à quelque distance de là, et séparée de Vichy par la rivière (l'Allier), dans une localité charmante, et comme horizon hygiénique et comme site pittoresque; la troisième enfin est plus loin, dans une commune qu'on appelle Cusset, mais peu distante cependant de Vichy. Les deux premières sont thermales (28 à 30° cent.), la dernière est froide. A peine la nouvelle de ces découvertes est elle arrivée à Paris, que nous nous sommes hâté d'écrire à plusieurs de nos abonnés du département de l'Allier. Nous avons de suite reçu plusieurs échantillons du liquide. Nous avons eaux à loisir chez nous, et tandis que M. Henry les envisageait au point de vue chimique, nous les suivions, de notre côté, sous le rapport physiologique et thérapeutique. Sans doute que c'est peu de chose que de pareils essais pour juger une eau minérale, mais notez bien qu'il s'agit seulement de la comparer aux autres eaux connues de la même famille et d'en relever les différences. Nous avons agi parallèlement, ou plutôt alternativement, avec les eaux du grand établissement de Vichy et avec celles d'Haute-Rive. Il résulte, pour nous, de ces observations empiriques que les trois sources sont très riches en sels alcalins, comme celles de Vichy, et produisent exactement les mêmes effets que celles de cet établissement, si ce n'est que l'eau de Cusset nous a paru bien supérieure aux autres, et à celle de Vichy elle-même, non seulement par la richesse de ses sels énergiques et agréables au goût, mais encore par l'abondance remarquable de gaz acide carbonique qu'elle contient, ce qui la rend d'un goût délicieux et d'une propriété rafraîchissante admirable. La présence de l'iode et du brome, que M. Henry a découvert dans les deux premières sources, et qu'il découvrira sans aucun doute encore dans celle de Cusset, donne aux trois nouvelles sources la plus grande valeur à nos yeux.

(*a*) Dans une lettre que nous avons reçue à ce sujet, M. François Brosson se croit autorisé à penser que la légère différence que signale ici M. Henry n'est pas due à une infiltration étrangère; il en expliquera la cause en temps et lieu. (*Note du Réd.*)

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

De l'artérite lente, considérée comme cause de maladies diverses, *en particulier de la chlorose, des hydropisies*, etc., *et de son traitement* ; par M. Tommasini, professeur de clinique et proto-médecin à Parme.

Il existe une grande intimité entre le rhumatisme et l'artérite. Plusieurs pathologistes éminents, entre autres Burns, Hodgson, Scudamore, regardent en effet la cardite et l'artérite comme un rhumatisme du cœur et des artères, et le célèbre Kreisig, pathologue allemand, dans son bel ouvrage sur les maladies du cœur, a déclaré, sans hésiter, que, dans le rhumatisme aigu, les tuniques artérielles n'étaient jamais exemptes d'affection rhumatismale. Rasori a été le seul, jusqu'à présent, en Italie, à nier que les artères soient, comme le cœur dont elles émanent, susceptibles d'inflammation. Je n'ai pas besoin de reproduire ici la réfutation que j'ai déjà imprimée sur cette opinion de mon illustre compatriote. Je n'ai pas d'ailleurs, dans cet article, l'intention de traiter de l'inflammation aiguë des artères, maladie connue depuis l'antiquité et parfaitement étudiée dans plusieurs livres modernes. Je ne veux m'occuper que de l'artérite lente, comme source de maladies diverses, et qu'on attribue mal à propos à des conditions pathologiques différentes.

Depuis 1806, époque de mes études sur l'inflammation, mon attention a été constamment fixée sur les vibrations morbides que les artères présentent quelquefois, sans chaleur ni sécheresse à la peau, ni rougeur à la face, ni aucun autre symptôme propre à la fièvre. Ces vibrations s'énoncent par une fréquence monotone du pouls, persistent des mois et des années sans que le patient présente aucun symptôme de lésion organique dans aucun viscère, et sans que l'autopsie cadavérique (car j'ai vu quelques sujets périr à la longue dans un pareil état) décèle des altérations suffisantes pour rendre raison des phénomènes précédents. La vibration artérielle à laquelle je fais allusion est très commune chez les femmes chlorotiques dont les règles sont supprimées ; elle s'observe pareillement chez les individus sujets à des hémorrhagies fréquentes, malgré les pertes abondantes de sang qu'ils éprouvent spontanément et par les saignées qu'on leur pratique. On la rencontre quelquefois aussi sur les grosses artères du moignon des membres amputés, même après la cessation de la fièvre et de l'inflammation suppurative. Les femmes accouchées depuis peu, et dont le travail a été long et difficile, offrent souvent aussi un pareil état, malgré les pertes de sang qu'elles aient éprouvé et l'abattement des fonctions réparatrices. Chez les enfants et les jeunes gens sujets à des épistaxis fréquents, le pouls est ordinairement vibrant, accéléré et dans les conditions que nous venons de signaler, et il n'est pas rare qu'ils deviennent blafards (discroti). Alors, les anciens diagnostiquaient avec raison une hémorrhagie imminente. La vibration se déclare quelquefois à l'occasion de chagrins profonds ou d'une grande frayeur, et persiste plusieurs mois; elle accompagne constamment l'hydropisie du péricarde, même dans les cas où l'autopsie a démontré que la collection aqueuse ne dépendait pas d'une lésion matérielle bien manifeste du cœur ni de l'aorte. J'ai observé plus d'une fois le phénomène chez des femmes hystériques et chez des hommes hypocondriaques sujets à des dyspepsies et des flatulences. J'en ai vu de ces derniers qui se plaignaient d'une vibration extraordinaire des artères à l'épigastre, à tel point qu'ils craignaient d'être affectés d'un anévrisme ou de maladies plus graves encore. Je ne trouvais dans aucun ouvrage ancien ni moderne une explication satisfaisante de cet état de vibration et de fréquence du pouls qui ne constitue pas la fièvre, de cet état morbide des vaisseaux, et qui n'est pas fébrile.

Chez certains chlorotiques les pathologistes se contentent de voir dans cette fréquence du pouls et dans la couleur de la peau les caractères de la *febris alba*, et ils déduisent cette maladie d'une hématose imparfaite, d'une prépondérance de sérum, sans chercher à connaître quelle peut être la condition pathologique qui s'oppose à une parfaite sanguification. Chez les individus sujets à des hémorrhagies fréquentes, on explique le phénomène d'une manière analogue, et l'on ne va pas plus loin; l'on ne cherche même pas de savoir dans quel état doit se trouver l'arbre vasculaire, surtout chez des individus très hémorrhagiques. Quant à la fréquence et à la vibration des vaisseaux qu'on rencontre chez les sujets qui succombent à un hydropéricarde, on l'explique par l'action mécanique du liquide, par la compression, l'irritation qu'il exerce sur le cœur et sur ses vaisseaux centraux, sans soupçonner seulement que le liquide pût, quelquefois au moins, dépendre d'une condition morbide des mêmes vaisseaux. Et enfin chez les sujets frappés de chagrin ou de terreur, on explique la chose par une prétendue actions de mobilité excessive du système nerveux. Ces doctrines ne pouvant me satisfaire, je me suis demandé si les phénomènes en question ne se rattacheraient pas à un travail phlogistique lent du système vasculaire, en particulier des artères, et il m'a semblé qu'en étudiant la chose à ce point de vue j'aurais pu arriver à des conclusions positives. Plusieurs années se sont passées ainsi dans ce genre d'observations cliniques, de parallèles, de méditations, et je suis arrivé à ce résultat que dans le plus grand nombre des cas la raideur vibratile du système artériel dont il s'agit, n'est qu'un effet d'artérite lente.

Quelques personnes trouveront peut-être exagéré de me voir prendre pour l'effet d'une artérite sourde cette vibration avec fréquence du pouls qu'on observe chez les chlorotiques par exemple. Je ferai cependant remarquer qu'il ne s'agit pas ici d'une inflammation prononcée à un degré élevé comme celle qu'on observe dans les phlogoses ordinaires; c'est d'un degré minime de phlogose, d'une subphlogose que j'entends parler, et ce degré se maintient pendant des années sans un grave dérangement de l'économie, même dans des parties visibles comme aux yeux, à la gorge, et dans des régions un peu occultes, mais où les effets sont si manifestes que le mal est comme s'il était visible à l'œil : aux bronches, à la vessie, à l'urètre, par exemple. Néanmoins, méprisé ou mal traité, ce faible degré de phlogose peut à la longue s'exaspérer et compromettre la texture des

parties affectées. Je rappellerai à ce sujet les paroles de Reil, citées bien à propos par le professeur Meli dans son important ouvrage sur l'angéioite générale (*Storia d'un angioite universale*, p. 20, 21): « que lui (le système sanguin) jouit seul de la propriété de s'enflammer, et que c'est dans les vaisseaux sanguins exclusivement que s'organise toute inflammation de quelque partie que ce soit. » Au reste, si ces observations ne suffisaient pas aux adversaires de la phlogose, je serais disposé à transiger aisément sur le nom de la maladie, à condition qu'ils m'indiquassent une désignation raisonnable pour exprimer la condition morbide que je viens de signaler, qui survient après les causes ci-dessus et qui affecte manifestement tout le système sanguin. Notez bien qu'il ne s'agit pas d'une de ces affections fugaces, versatiles, protéiformes qui dépendent d'un excès de sensibilité ou d'une névralgie. Nous avons devant nous, au contraire, une condition qui peut s'aggraver, se compliquer, et qui s'accompagne quelquefois des mêmes symptômes, des mêmes désordres matériels qu'on observe dans l'inflammation la plus manifeste, comme celle qu'on rencontre quelquefois aux grosses artères des membres amputés; une condition enfin qui s'exaspère sous l'influence des stimulants, qui se modère ou disparaît par l'effet des remèdes contro-stimulants. Je persisterai donc à employer le mot *artérite lente* pour désigner la condition que je viens de définir jusqu'à ce qu'on m'ait indiqué une expression meilleure. Entrons en matière.

Caractères et terminaisons. — 1° Le premier caractère de l'artérite lente est, ainsi que je viens de le dire, la vibration pulsatile, frémissante (frizzante), pongitive, *métallique* et constante des artères, laquelle augmente seulement trois ou quatre heures après les repas, s'exaspère instantanément et fortement par l'action du vin ou des liqueurs alcooliques. Le malade refuse spontanément ces liqueurs, parce qu'il les sent intolérables. — 2° Cette vibration particulière s'accompagne de fréquence dans les pulsations artérielles, mais sans chaleur à la peau; celle-ci offre au contraire de la fraîcheur, bien que le malade se plaigne de feu intérieur, principalement à la tête et à la poitrine. — 3° La vibration n'offre pas d'exacerbations constantes le soir ni dans une autre heure du jour, comme on l'observe invariablement dans la fièvre suppurative ou symptomatique de quelque travail destructeur de l'organisation d'une partie quelconque. Par suite de cette absence d'exacerbation nocturne, on n'observe pas de rémission le matin. — 4° Dans la vibration, que je me permettrai d'appeler *angéioïtique* (et il y a déjà vingt-deux ans que je me sers de cette expression dans mes cours de clinique), les malades de l'un ou de l'autre sexe présentent plus ou moins de chaleur et l'apparence de chlorose, de la leucophlegmatie des anciens, c'est-à-dire une teinte pâle ou jaunâtre. Que si, par l'action des aliments ou de liqueurs, ou par action morale instantanée, le visage s'allume; la rougeur n'est que partielle, limitée surtout aux joues, et ne dure que quelques heures, comme chez les phthisiques. — 5° L'artérite lente s'accompagne souvent de palpitations, soit permanentes, soit revenant par des causes même légères, dans les régions des gros vaisseaux (thorax, épigastre, bas-ventre). — 6° Enfin, les sujets chez lesquels l'artérite lente s'est élevée à un certain degré d'intensité, et qu'elle n'ait pas été attaquée à temps et convenablement, meurent de toute autre manière que ceux atteints de tabès ou de fièvre lente consomptive; ils succombent sans présenter aucun symptôme de lésion organique circonscrite, de désorganisation d'un viscère quelconque. Leur visage ne devient pas décharné; leurs bras ne sont pas carrés et anguleux comme chez les phthisiques; leurs membres conservent au contraire leur rondeur naturelle et semblent nourris comme avant. Un examen attentif, cependant, fait reconnaître dans leur tissu cellulaire un état de subtuméfaction; leurs extrémités sont œdématiées, ce qui entretient la rondeur des lignes et indique suffisamment la formation d'épanchements intérieurs, tandis que, d'un autre côté, la pâleur-cire ou jaunâtre de leur visage, jointe à un pouls très petit et très fréquent, démontre que la détérioration des fonctions réparatrices est arrivée à un tel point qu'elle est inconciliable avec la vie.

Au milieu de tous ces caractères, il faut noter principalement cette constante monotonie dans la vibration, dans la fréquence du pouls, laquelle n'augmente que par l'usage des aliments ou de la boisson, tandis que, dans la phthisie, la fièvre s'exacerbe aux heures post-méridiennes, indépendamment du repas, et l'état du malade présente toujours, le matin, le calme flatteur de l'espérance. Ce caractère de l'angéioite lente me conduit à considérer dans son degré minime et chronique ce que nous voyons dans le degré aigu de la fièvre inflammatoire simple ou synoque, et dans laquelle aucun viscère n'est préférablement attaqué. La synoque, appelée avec tant de justesse, par Reil, *fièvre des vaisseaux*, qu'elle soit forte ou légère, est une fièvre continue, sans exacerbations ni rémissions remarquables, tandis que, dans une fièvre continue, quand même elle n'est qu'une simple synoque dans le principe, si quelque viscère est, par une prédisposition particulière, attaqué ou enflammé plus que les autres, alors, la maladie change de caractère : elle offre des exacerbations et des rémissions quotidiennes, peu prononcées d'abord, mais de plus en plus tranchées par la suite, et d'autant plus tranchées que l'affection partielle se détache de la maladie générale. Aussi, voyons-nous, dans une affection fébrile alimentée par un travail lent et qui menace de marcher vers la phthisie, présenter au maximum les exacerbations et les rémittences, tandis qu'au contraire une angéioite lente, comme affection diffuse de tout le système sanguin, non accompagnée d'aucun travail partiel, s'offre comme la synoque, sans exacerbations ni rémissions prononcées. Il paraît en effet que les exacerbations et les rémissions dans le mouvement fébrile dépendent surtout de lésions locales, d'un travail de suppuration, d'adhésion, d'induration, qui entraîne des changements par intervalles, et qui imprime des secousses différentes au système nerveux, d'où il résulte par intervalles un état d'abattement qui est suivi d'une

réaction répétée. Il est du moins permis de penser ainsi d'après cette observation, qui apprend que le phénomène est d'autant plus prononcé que le travail local est isolé, profond, décidé, tandis que, au contraire, lorsque la condition morbide est toute dans les vaisseaux, soit à l'état aigu, comme dans la synoque, soit à l'état chronique, comme dans l'angéioite lente, il n'y a pas de travail partiel, externe, et par conséquent pas de centre ni d'instruments capables de produire ces irritations alternes et répétées. Nous nous contentons, au reste, de relever le seul fait qui tombe dans notre observation journalière, sans nous arrêter à l'explication, car nous ignorons ce qui se passe tous les jours vers les heures post-méridiennes entre un viscère chroniquement enflammé et le système général, et quelle espèce de stimulus une partie qui se désorganise envoie aux vaisseaux sanguins, pour provoquer ainsi chez le phthisique une exacerbation quotidienne fébrile. Ce n'est pas assurément l'introduction journalière du chyle qui produit ce phénomène, car, en intervertissant les heures des repas, l'exacerbation fébrile ne change pas, si ce n'est dans quelque cas rare, et toujours ses accès sont *vespertins* (post-méridiens). Ce n'est pas non plus à cause du pus qui se forme chaque jour, et qui passe dans la circulation, car l'exacerbation en question, qui est ordinairement précédée de frisson, etc., se déclare même quand une partie se désorganise par l'action de végétations morbides, et sans formation de pus, comme dans certaines tumeurs blanches, par exemple. On pourrait se demander peut-être si cette exaspération périodique des maladies inflammatoires fébriles ne serait pas liée à des influences astronomiques. J'avoue que je n'ai trouvé aucune donnée qui pût accréditer cette hypothèse. D'ailleurs, il est d'observation que l'accès nocturne est d'autant plus prononcé que la lésion locale est grande. La rémission du matin fait vraiment alors un contraste frappant. Quoiqu'il en soit, ce qu'il importe au praticien de savoir, c'est que l'exacerbation constante est un symptôme d'un travail désorganisateur. Dans l'angéioite, au contraire, quand il n'y a en dehors des gros vaisseaux aucune partie attaquée organiquement, quand rien, en un mot, ne la complique, la fréquence et la vibration du pouls sont plus grandes que dans la fièvre hétique; mais la fréquence angéioitique est monotone ordinairement.

Le parallèle entre la synoque et l'artérite lente, comme entre la fièvre dépendante de lésion locale aiguë et la fièvre symptomatique d'une altération organique chronique peut être également soutenu, si l'on veut réfléchir qu'un individu qui succombe à une pneumonie ou à une hépatite, il meurt précisement par le fait de l'altération et des rapports de l'organe affecté. Que s'il succombe à une fièvre inflammatoire très forte, sans lésion locale, sa mort est due à la turgescence universelle, aux adhérences, à la fibrine condensée dans les vaisseaux capillaires. Dans les affections lentes, par exemple dans la phthisie, la mort est la conséquence immédiate de l'altération de l'organe lésé, et elle est précédée de symptômes distincts, offrant en quelque sorte une empreinte propre à l'organe lui-même; tandis que dans l'angéioite lente au contraire, quelle que soit la cause prochaine de la mort, le désordre est toujours universel; universelles sont en effet la pâleur, la leuco-phlegmatie, la teinte jaunâtre; elles dépendent de l'altération générale des fonctions, le malade ne présente pas une lésion plus prononcée dans un endroit que dans un autre, la mort par conséquent ne peut offrir une physionomie particulière à tel ou tel organe. L'artérite lente, en effet, est une phlogose sourde, superficielle, diffuse dans tout le système artériel; elle est à la cardite, à l'aortite, aux dilatations anévrismales, ce qu'est la bronchite superficielle et diffuse, ou la fièvre dite catarrhale, à la pneumonie, ou ce que sont les affections gastro-entériques superficielles à la gastrite. Dans l'artérite lente le sang de la saignée est souvent aussi couënneux que celui de sujets atteints d'anévrismes progressifs. Elle est souvent un effet immédiat de ces chagrins, de ces terreurs qui déterminent aussi les anévrismes avec une surprenante rapidité quelquefois. Le teint des sujets anévrismatiques est terreux, le tissu cellulaire devient promptement sub-tuméfié dans les environs de l'artère malade; de même il y a teinte chlorotique cataractéristique dans l'artérite lente. L'abus des liqueurs alcooliques enflamme le système sanguin, aussi rencontre-t-on souvent chez les ivrognes les symptômes de l'artérite lente. Dans l'accouchement laborieux un organe essentiellement vasculaire est plus ou moins maltraité; des frayeurs, des efforts, des chagrins, s'y ajoutent aisément; on voit aussi l'artérite lente à la suite. Après les amputations, la génèse de l'artérite lente se comprend plus facilement encore. Ce qui complète enfin ces généralités c'est que si la maladie est susceptible d'être domptée on n'obtient ce résultat qu'à l'aide d'un traitement antiphlogistique ou contro-stimulant; savoir, de saignées, de limonades minérales, de boissons salines; de l'aloès, du fer, de la scille; des amers, de la digitale, du crocus, etc. C'est à l'aide de ces remèdes en effet qu'on combat heureusement la chlorose, qu'on s'oppose aux progrès des affections anévrismales, qu'on corrige la tendance aux hémorrhagies et qu'on pourrait presque appeler diathèse hémorrhagique. Arrivons à présent aux faits qui m'ont conduits à ces propositions générales (1).

Première catégorie de faits. Lorsque je suivais, comme élève, la clinique chirurgicale de cet hôpital, j'avais été frappé d'un phénomène qui succède aux amputations des membres et à l'opération de l'anévrisme poplité. Je veux parler de l'œdème et du gonflement du tissu cellulaire du membre affecté, surtout lorsque les suites de l'opération ne paraissent pas tourner promptement vers le mieux. J'ai vérifié plus tard le même fait sur un grand nombre d'opérés, lorsque les guerres sanglantes de nos contrées ont peuplé nos hôpitaux de blessés. J'ai observé, surtout après l'amputation de la cuisse, que l'aorte abdominale présentait souvent des pulsations anévrismatiques, et que, dans les cas où le moignon offrait un grand œdème ou

(1) Je ne pense pas que dans l'affection en question les veines soient exemptes de maladie. D'après mes observations le système veineux est plus ou moins compris dans le mal comme l'artériel; aussi préféré-je souvent le nom d'*angéioite lente* comme plus générique; néanmoins dans la véritable phlébite générale il est des caractères qui ne se rencontrent pas dans l'artérite, *et vice versa*. Je traiterai de la phlébite générale dans un prochain article.

boursouflement, les pulsations aortiques étaient plus grandes. On ne savait s'en rendre raison alors; mais depuis qu'on connaît les rapports étroits qui existent entre le système sanguin et le système lymphatique; depuis que l'anatomie pathologique a signalé dans ces cas une phlogose diffuse dans les gros vaisseaux coupés, la chose s'est présentée sous un jour nouveau. J'ai observé pareillement que, chez les sujets anévrismatiques, les premiers symptômes à se manifester sont la pâleur, la sub-tuméfaction du tissu cellulaire et l'apparence leucophlegmatique. Cette teinte ne se manifeste pas seulement dans une époque avancée de la maladie, lorsque, par les difficultés que l'anévrisme oppose à la circulation et par la dispnée qui s'ensuit, le sang éprouve des stases dans les veines, ce qui détermine des turgescences. J'ai observé, dans le plus grand nombre des cas, se joindre à l'anévrisme de l'aorte et du cœur la tuméfaction du tissu cellulaire, et des épanchements de sérum se former facilement dans les cavités du thorax, même dans les premiers temps de la maladie, et lorsque le cours du sang, loin d'être gêné, était plus rapide qu'à l'état naturel, tandis que nous voyons, au contraire, généralement, dans la pneumonite et dans la phthisie (à moins que le mal ne soit compliqué d'affection idiopathique des vaisseaux sanguins), la respiration être très difficile, sans que le tissu cellulaire soit leucophlegmatique. Je me demandais donc quels rapports immédiats ont entre elles les affections idiopathiques des vaisseaux sanguins et la leucophlegmatie, l'œdème, l'altération de la couleur de la peau.

J'ai remarqué que, dans toutes les maladies que les anciens rapportaient à la leucophlegmatie, chez les femmes chlorotiques qui présentent une pâleur de cire ou jaunâtre, le tissu cellulaire plus ou moins tuméfié et les membres facilement œdémateux, il y a constamment artérite lente ou *artériosité* (arteriosità) à laquelle ces phénomènes se rattachent indubitablement. La vibration et la fréquence du pouls sont surprenantes et peu en rapport avec la chaleur. Dans ces occurrences se lient donc étroitement ensemble la couleur leucophlegmatique, le gonflement du tissu cellulaire et une très grande artériosité, bien qu'il semble, au prime-abord, qu'autre chose devrait s'ensuivre, car, par ce cours rapide du sang dans les artères, la lymphe devrait circuler rapidement aussi dans ses vaisseaux (1).

Un fait qui m'a beaucoup frappé est celui d'un certain Ferrari, conducteur de diligence, grand buveur de liqueurs et de vin, bien nourri, figure rouge, lequel était venu plusieurs fois me consulter à cause de vertiges qu'il éprouvait; il ne se refusait pas aux évacuations sanguines, mais il ne suivait pas les autres prescriptions, car il ne pouvait rester plus de deux à trois jours sans boire de vin. Un mois après sa dernière visite chez moi, j'ai été frappé en le revoyant de le trouver pâle, d'une apparence chlorotique tellement prononcée que j'ai eu de la peine à le reconnaître; son tissu cellulaire était sub-tuméfié, pieds œdématiés; il accusait un sentiment de chaleur surtout à la poitrine, il avait cessé de prendre du vin, car quand il en buvait il sentait, disait-il, ses viscères brûler. Son pouls que j'avais trouvé autrefois lent et plutôt mou, présente aujourd'hui des vibrations métalliques, avec une très grande fréquence à certaines heures du jour, tandis que la chaleur dermique était restée toujours naturelle ou au-dessous; il n'éprouvait pas cependant de palpitations ni au cœur, ni au bas-ventre, ni de difficulté à la respiration, et il pouvait rester librement couché sur l'un ou l'autre côté, si ce n'est que tout mouvement insolite, la moindre impression physique ou morale augmentaient singulièrement les vibrations artérielles, et il en sentait alors vivement les chocs aux régions précordiales comme à l'épigastre. Je lui ai prescrit l'usage des saignées, des pilules aloétiques et scillitiques, de la crême de tartre martiale. Arrivé chez lui il s'est bien soumis aux différents remèdes que je lui avais prescrits, mais il s'est abstenu des saignées, par la raison qu'il attribuait son mal à la détérioration de la partie colorante de son sang, conséquence des saignées qu'il avait subies auparant par mon conseil. D'après les renseignements que j'ai reçus il est mort hydrothoracique, et j'ai la conviction que si l'on eût ouvert son cadavre, on aurait trouvé pour toute lésion une altération du système artériel, en particulier les capillaires turgescents à leur face interne, leurs parois épaissies et rouges, et des transudations de lymphe concrescible, ainsi que le professeur Meli les a rencontrées dans un cas parfaitement identique.

Un jeune homme de haute condition, très connu et aimé dans cette ville, le baron Caranza, est mort d'hémorrhagie pulmonaire. Dans les derniers temps il vomissait par livres le sang par la trachée. Ni dans ces époques d'hémoptysie, ni antérieurement où je l'ai vu, l'examen ne faisait découvrir dans les poumons ou dans les bronches rien de ce travail qui caractérise la phthisie ou qui y conduit. Il n'a jamais eu de véritable fièvre, et excepté la toux qu'il éprouvait dans les moments d'expectoration du sang, il ne toussait jamais ni ne se sentait malade. Néanmoins je ne me rappelle pas avoir rencontré un pouls aussi vibrant, aussi métallique et frémissant que chez ce jeune homme; son pouls est resté le même dans toutes les époques, même dans les intervalles de bonne santé. A cette vibration était jointe une grande fréquence, mais sans chaleur ni fièvre; le sang qu'on tirait était tout fibrine, il se couvrait à l'instant d'une couenne épaisse. A ces symptômes manifestes d'artérite le malade présentait tous les caractères de la chlorose; il était chlorotique dès les premières époques de sa maladie, lorsque les crachats sanguinolents étaients de peu d'importance en apparence.

Je donnerais trop d'extension à cet article, si je voulais rapporter ici tous les cas que j'ai observés dans ma longue pratique, de malades hémorrhagiques chez lesquels j'ai rencontré les symptômes de l'artérite lente, la vibration et la fréquence extraordinaire du pouls, sans aucun caractère de fièvre, avec pâleur chlorotique, sub-tuméfaction cellulaire, tendance aux œdèmes et aux hydropisies. Il était trop facile, et je dirais presque trop vulgaire, d'attribuer ces derniers symptômes, chez les sujets hémorrhagiques, à la faiblesse, à l'atonie causée par le sang perdu. On oubliait cependant que, chez une jeune personne naguère ro-

(1) Il est probable que les épanchements en question n'émanent pas seulement des vaisseaux lymphatiques, les veines et les artères elles-mêmes pouvant y contribuer.
(*Note du Trad.*).

buste et rubiconde, dont la menstruation s'est supprimée par de forts chagrins, par d'imprudentes lotions froides, disparaissent bientôt les couleurs roses de son visage, son teint devient promptement pâle, glaucomateux, chlorotique, son tissu cellulaire se sub-tuméfie, et qu'il survient chez elle tout autre chose de ce qu'il semblait devoir arriver par suite de la rétention du sang des règles. On oubliait que, chez un sujet atteint de bronchite aiguë, par exemple, on tire quelquefois dix fois plus de sang dans un court espace, pour le guérir, que ne perd un sujet hémorrhagique en un temps même plus long, sans que, pour cela, le premier prenne l'habit et les couleurs chlorotiques. Et l'on ne réfléchissait pas, d'ailleurs, que les enfants les plus sujets à l'épistaxis sont ceux précisément qui présentent avant la manifestation de l'hémorrhagie l'habit chlorotique, la teinte blanc-cire, et si leurs joues se rubéfient quelquefois, cette teinte n'est que passagère et contraste singulièrement avec la couleur générale du derme. Je ne prétends pas conclure de ce qui précède que la perte de la couleur, l'habit chlorotique, la tendance aux congestions lymphatiques et aux épanchements ne soient, dans beaucoup de cas, la conséquence des pertes éprouvées, des hémorrhagies abondantes J'ai au contraire déclaré, et peut-être le premier, qu'aux graves hémorrhagies et aux saignées trop répétées et trop abondantes succédait quelquefois une vibration morbide des artères et occasionait une fréquence dans le pouls au maximum, soit parce que l'extrême faiblesse rend l'organisme intolérant aux stimulus ordinaires, soit parce que la disharmonie qui résulte de la dépression violente le rend inquiet et provoque une réaction; mais on ne doit pas confondre cet état avec celui qui nous occupe plus particulièrement. Je désire précisément faire observer que souvent, même chez les sujets atteints d'hémorrhagie, on confond les effets de celle-ci avec la condition antérieure ou essentielle de la maladie, et que, dans beaucoup de cas, l'habit leucophlegmatique que l'on prend pour une conséquence des pertes de sang est, au contraire, une condition étroitement liée avec l'état morbide des vaisseaux sanguins, avec l'angéioite lente, en un mot, dont ils sont atteints, ainsi qu'avec leur vibration morbide et l'hémorrhagie à la fois.

Les faits et considérations qui précèdent, conduisent à considérer comme effets d'artérite lente plusieurs affections ou symptômes d'apparences diverses, et qu'on a localisés empiriquement et sans preuve. La vibration morbide des artères, en effet, est constante dans les cas auxquels je fais allusion; elle augmente par l'usage des stimulants, rend les sujets intolérants au vin et aux liqueurs, s'exaspère par l'introduction du chyle après chaque repas, et n'est pas, d'après les idées reçues, conciliable avec l'habit chlorotique et leucophlegmatique, et l'on ne comprend pas, d'après les principes enseignés toujours, comment cette vibration peut persister jusqu'à la fin de la vie, toujours forte, métallique, malgré la détérioration de la nutrition et des forces. Tout cela rentre aujourd'hui naturellement dans la connaissance de la condition phlogistique qui affecte idiopathiquement le système artériel lui-même. Les liaisons connues, d'ailleurs, du système sanguin avec le système lymphatique et le trouble des sécrétions, de l'absorption, rendent parfaitement compte de la détérioration de la couleur qui accompagne plus ou moins les maladies en question, et qui constitue le *malus habitus* d'Arétée. On explique pareillement par la même donnée le changement des proportions des éléments du sang. Il est d'abord plus ou moins couënneux dans l'artérite, quelquefois même très couënneux, comme chez les sujets atteints d'anévrisme, à cause, peut-être, de l'impétuosité du mouvement qu'éprouvent les éléments sanguins préparés dans les systèmes lymphatique et veineux, et qui se trouvent lancés dans le système artériel; il est couënneux, au surplus, si l'on veut, parce que les artères elles-mêmes sont enflammées, et il offre beaucoup de couënne, par la même raison, quelle qu'elle soit, que la phlogose de la surface du poumon ou de la plèvre détermine la formation et la sécrétion d'une grande quantité de fibrine. Le défaut d'une nutrition convenable explique consécutivement l'altération globulaire du sang. La fonction des vaisseaux absorbants étant imparfaite ou en partie suspendue, le tissu cellulaire doit se tuméfier plus ou moins. La disposition à l'œdème entretient, dans beaucoup de cas, la rondeur des membres et le luisant de la peau, malgré le défaut d'une bonne nutrition; de là aussi la facilité ou la prédisposition aux épanchements séreux chez les sujets atteints d'angéioite, comme chez ceux affectés d'anévrisme. Tout cela s'explique, en un mot, je le répète, par l'étroite liaison qui existe entre la fonction de l'absorption et celle de la circulation du sang, ou entre les vaisseaux sanguins et les vaisseaux absorbants.

A propos de la prédisposition aux hydropisies du tissu cellulaire et des grandes cavités, laquelle n'est jamais disjointe de l'inflammation des vaisseaux sanguins, je ne dois omettre de relever l'erreur, pour ne pas dire le ridicule, de l'opinion qui la regardait comme la conséquence d'un prétendu diséquilibre entre les vaisseaux lymphatiques et les vaisseaux sanguins, opinion qui, pendant longtemps, a régné comme la base de l'étiologie des hydropisies. Ce prétendu diséquilibre entre les deux systèmes n'est, au fond, qu'un mot sans valeur, car, en définitive, cela ne pourrait être qu'un effet d'une autre condition qui resterait toujours à déterminer. Un malheureux frappé d'hémiplégie offre aussi un diséquilibre d'action entre les muscles du côté paralysé et ceux du côté sain; mais personne n'a songé à établir dans ce diséquilibre la cause ou la condition pathologique de l'hémiplégie. On doit donc remonter à la condition véritable qui empêche, en cas d'hydropisie, les lymphatiques ou les veines d'absorber tout à fait ou moins de ce que sécrètent les vaisseaux exhalants de la partie, et lorsque l'empêchement à la fonction d'absorption n'est pas tout à fait local, comme une tumeur dans le foie,

dans le mésentère, dans les ovaires, dans les glandes, etc., il faut nécessairement le chercher dans les conditions morbides des vaisseaux sanguins qui, ainsi que nous l'avons dit, sont dans une relation très étroite avec le système absorbant. Dans l'angéioite, dans l'artérite, dans les affections anévrismales, la cause de l'empêchement ou de la diminution de l'absorption, et par conséquent de la tendance aux hydropisies, est dans l'inflammation même ou dans l'altération idiopathique des vaisseaux sanguins, et le fer, la scille, la digitale, le nitrate de potasse, l'acétate de potasse, le colchique, etc., ne rétablissent l'équilibre et ne dissipent les collections séreuses dans les angéioites qu'en combattant la condition phlogistique des vaisseaux sanguins et en ôtant par là, d'une part, l'obstacle à l'absorption normale et la condition de l'extravasation, de l'autre. S'il ne fallait qu'exciter les lymphatiques pour guérir l'hydropisie comme on le croit, il suffirait de faire boire du vin; or, rien n'est plus nuisible que cela dans ces maladies.

Deuxième groupe de faits. — Le premier groupe de faits nous a conduit à considérer l'artérite lente comme cause constante et monotone de vibrations éternelles et de fréquence des palpitations des artères, sans caractère fébrile, comme condition pathologique de la chlorose ou de l'habit chlorotique, comme cause fréquente d'épanchements séreux dans le tissu cellulaire et dans les cavités, et comme liée, dans beaucoup de cas, à une tendance aux hémorrhagies. Dans ce second groupe, nous envisagerons l'artérite lente comme cause ou condition principale de plusieurs phénomènes hypocondriaques ou hystériques, et de quelques dérangements graves de l'estomac et du système nerveux, qu'on rapporte communément à d'autres conditions morbides.

Le premier fait qui a appelé mon attention sur ce sujet est celui d'un homme âgé de 60 ans, moine de Saint-Martin à Parme, il offrait un teint presque hépathique et se plaignait depuis longtemps de quelques symptômes d'hypocondrie; il éprouvait des éructations, des flatulences, de la dyspepsie, un malaise inexplicable à l'estomac, des vertiges, de l'insomnie, une pusillanimité particulière, telle que nous l'observons tous les jours chez les hypochondriaques, palpitations de cœur, et plus souvent des battements incommodes à l'épigastre, tel est le tableau qu'il nous a fait de sa maladie et que nous avons pu vérifier. Caractérisée pour une hypocondrie elle avait été traitée avec les remèdes amers, la rhubarbe, l'aloès d'une part; mais de l'autre, on l'avait attaquée en même temps à l'aide de mixtures cordiales, de l'éther, du vin généreux dans lesquels on infusait de l'absinthe ou de la casse, ou bien encore du diascordium ou du laudanum, lorsque l'insomnie se prolongeait. La seule chose qu'on remarquait alors, comme digne de réflexion, était la constance des phénomènes présentés par le malade, phénomènes qui, comme on sait, sont ordinairement dans l'hypocondrie vagues et inconstants; on faisait aussi remarquer le dépérissement progressif du malade et sa teinte hépathique, qui s'était de plus en plus prononcée. En conséquence, aucun des consultants ne douta que l'affection hypocondriaque ne fût dans ce cas combinée avec une profonde altération du foie, bien que ce viscère ne présentât rien d'anormal à l'exploration. De mois en mois les forces sont tombées et la détérioration de la fonction réparatrice est devenue de plus en plus grave, le malade a éprouvé des pertes de sang par les vaisseaux hémorrhoïdaires, lesquelles semblaient le soulager temporairement; mais dans les derniers mois de son existence il a présenté aussi des évacuations de matières mélaniques ou couleur de poix (*morbus niger*); sa peau s'est maculée de taches obscures ou de ronds colorés, comme dans le scorbut, puis les membres inférieurs se sont œdématiés, le pouls est devenu intermittent, défaillances répétées, mort. Cette maladie a duré en tout plusieurs années.

L'autopsie a été faite avec un grand soin en présence de tous les médecins consultants, et sous mes yeux, par le chirurgien Galati et par mon ami Albertini. Le cerveau n'a rien présenté d'anormal. Les poumons étaient sains, ainsi que les intestins et l'estomac. Le foie était plutôt ratatiné, sa substance coupée, plus dure qu'à l'état normal. Le cœur n'a offert aucune altération, si ce n'est que le péricarde était plein de sérum; mais l'aorte était malade, plusieurs points d'ossification s'observaient à sa courbure, sur d'autres points elle était manifestement enflammée et d'un rouge vif cochenille; en suivant cette artère dans l'abdomen, elle offrait partout des restes évidents de phlogose. L'artère hépatique était ossifiée; cette altération se continuait dans ses deux premières divisions, et sur les points qui n'avaient pas encore subi cette dégénérescence on voyait manifestement de la rougeur inflammatoire, telle qu'elle a été indiquée par Haller et par Frank dans les vaisseaux phlogosés. Cette observation a dû, on le prévoit, me donner à réfléchir dans une époque où l'on commençait déjà à soupçonner que plusieurs maladies qu'on rapportait à des conditions diverses provenaient peut-être d'un travail phlogistique.

Deux années plus tard un autre fait non moins décisif est venu jeter un nouveau jour; ce qui était douteux dans mon esprit s'est converti en certitude, et j'ai été conduit à voir plus clairement l'angéioite lente comme cause possible de phénomènes gastriques et hypochondriaques. Il s'agissait d'un homme âgé de trente-cinq ans, petit, maigre, courrier à pied; il était très connu, et pour sa célérité telle qu'il égalait les courriers à cheval, et par son ivrognerie habituelle; il ne restait jamais en arrière quand il s'agissait de courir ou de boire du vin ou des liqueurs; à la suite d'excès répétés et de fatigues il a commencé à éprouver des flatulences et des éructations; pour se soulager il avait recours aux teintures aromatiques pour mieux *chasser*, disait-il, l'air de l'estomac; mais il n'en éprouvait pas toujours du soulagement, ou du moins l'effet favorable n'était que momentané. Quand il m'a consulté j'ai regardé ces phénomènes comme dépendants de l'abus du vin, et j'ai présumé l'existence d'une condition phlogistique à l'estomac; je lui ai prescrit de s'abstenir de liqueurs alcooliques, de ne boire que très peu de vin très délayé, et de faire usage de rhubarbe et de magnésie. Le malade n'ayant pu longtemps résister à la privation du vin et de ses habitudes n'a pas retiré beaucoup d'avantage des remèdes. Revenu me consulter, il m'a déclaré qu'il reconnaissait bien que le vin ne le soulageait point, et il m'a ajouté que depuis quelque temps il éprouvait des feux intérieurs, comme des flammes vers l'estomac pour peu qu'il en buvait. Cependant les flatulences qui le tourmentaient tant et semblaient l'étouffer, étaient plus ou moins chassées par quelques gorgées de vin ou de liqueur. Le pouls était très vibrant, mais pas fébrile; peau plutôt fraîche, respiration et battements du cœur à l'état normal dans toutes les positions; mais l'épigastre et les hypocondres sont presque toujours balonnés par des gaz; éructations

fréquentes. Présumant de ces phénomènes l'existence d'une affection gastrique, j'ai prescrit des remèdes antiphlogistiques et des purgatifs; j'ai recommandé de préférence l'usage fréquent de magnésie calcinée et de bismuth. Quelque temps après ce malade s'est présenté à l'hôpital, et je l'ai fait recevoir à ma clinique. Le docteur Ambri, mon collègue et moi, nous avons étudié ce malade d'une manière particulière; nous avons bien soupçonné une affection dans les vaisseaux sanguins, mais les éructations continues étaient tellement fortes qu'elles simulaient un vomissement de vents, la dyspepsie et un sentiment continu de malaise ou de douleur à l'epigastre, nous ont fait croire plus particulièrement à une gastrite lente. En conséquence nous avons fait appliquer des sangsues à l'épigastre et prescrit l'usage de la glace; nous avons fait répéter les absorbants, combinés à de petites doses de fer; puis nous avons donné aussi quelques pilules d'extrait d'aconit. A cette époque l'eau cohobée de laurier-cerise n'était pas encore en grand usage. Peu de temps cependant est resté à notre observation et à nos tentatives thérapeutiques, le malade ayant été pris d'évanouissements qui se sont répétés et sont devenus de plus en plus graves; il a succombé dans une de ses syncopes.

L'autopsie a été faite avec le plus grand soin. On a d'abord ouvert l'estomac et les intestins, siége présumé du mal, mais les intestins étaient sains et l'estomac était très normal. Les viscères de l'abdomen n'ont absolument rien présenté de maladif; le cerveau, rien, si l'on en excepte un peu d'engorgement des plexus choroïdiens. Les poumons, le cœur, rien, tout est à l'état naturel. Dans la poitrine l'aorte seule a paru malade; son arc était dilaté, ses parois un peu épaissies, sa tunique interne manifestement plus rouge que dans l'état normal. En la suivant dans la portion sous-diaphragmatique cette artère est décidement rouge à partir de deux doigts avant de traverser le diaphragme, et de là jusqu'à la naissance des iliaques nous l'avons trouvée avec surprise tellement enflammée que sa tunique interne offrait la couleur du kermès minéral. Cette couleur était si chargée que dans mes recherches ultérieures, je ne me rappelle pas d'en avoir trouvé plus de trois cas d'aussi prononcés dans le nombre considérable d'autopsies que nous avons faites pour éclaircir cette importante question.

L'espace me manquerait, si je voulais décrire minutieusement les autres cas de semblables maladies que j'ai eu l'occasion d'observer consécutivement, et il y a maintenant trente ans que je traite de l'angéioite lente dans mes cours de clinique, soit comme cause principale des flatulences, des troubles nerveux, des affections hypocondriaques, soit comme condition étroitement liée à ces maladies, et il nous est arrivé de diagnostiquer la lésion en question dans des cas où on était loin de la soupçonner, et de la constater ensuite sur le cadavre, à l'étonnement des personnes qui suivaient notre clinique. Entre autres cas de ce genre, je citerai celui que j'ai observé en 1815 sur un douanier, Filiberti, qui était traité par mon savant ami, le docteur Manzotti, et dont je conserve encore des notes; et un autre d'un nommé Ranzano, que j'ai observé aussi dans la même année. Dans l'un comme dans l'autre cas, le malade était tourmenté par des flatulences, par des malaises intérieurs, des sensations pénibles, inexplicables à l'épigastre, dans l'abdomen, ainsi que cela est ordinaire chez les hypocondriaques. Chez tous les deux, l'aorte ventrale battait avec une vibration métallique; chez tous les deux, le *malus habitus* était manifeste, ainsi que la détérioration de la fonction nutritive. Tous les deux sont morts. L'autopsie n'a pu être faite que chez l'un d'eux seulement: l'aorte ventrale était manifestement enflammée dans une grande étendue. Nous avions diagnostiqué une angéioite. La même affection s'est présentée chez la malheureuse comtesse Castellina; la vibration morbide de l'aorte descendante et des carotides a été chez elle le premier phénomène du début de la maladie, et qui a duré longtemps, sans être accompagné d'autre symptôme que de flatulences, d'éructations fréquentes et d'une sensation morbide à l'estomac, qu'on caractérisait d'hystérisme. Le mal a marché très lentement. La patiente a pu vivre longtemps; mais enfin, le travail s'est propagé à tout le système artériel, a produit des dilatations anévrismales dans les vaisseaux précordiaux, et la malade a succombé. Cette dame se sentait aussi portée à prendre quelques gorgées de liqueur alcoolique pour faire échapper l'air de l'estomac, et se soulageait ainsi momentanément. La même phénoménalogie s'est présentée exactement chez un officier en retraite que j'ai eu à traiter à la clinique, en 1818-19: des battements, des flatulences, une inquiétude insupportable et tous les autres caractères de l'hypochondrie, que nous caractérisons pour une angéioite lente abdominale. Chez ce malade, la pulsation métallique de l'aorte descendante était manifeste, et l'on ne pouvait douter de l'existence d'une artérite, car l'affection s'était déclarée à la suite de l'amputation de la cuisse. Une dame qui vit encore à Parme, et que soigne aujourd'hui mon élève et ami, le docteur Coruzzi, est depuis plusieurs années affectée de phénomènes nerveux étranges, lesquels ont revêtu des formes diverses, et leur source se trouve peut-être à présent au-dessus des ressources de l'art. Chez elle, lorsque le mal a commencé, elle était encore jeune; c'est par la pulsation hardie de l'aorte abdominale que la chose a débuté, puis de la cœliaque suivie d'apparences chlorotiques, malgré que l'utérus exécutât ses fonctions et que la patiente eût déjà fait quatre ou cinq enfants. Une de mes parentes, qui jouit aujourd'hui d'une assez bonne santé, a été traitée de la même affection par M. Coruzzi à l'aide des saignées, des ferrugineux, de la scille, de l'aloès, de la digitale, et elle aurait succombé, j'en ai la conviction, sans les soins éclairés de ce médecin. Chez elle, les pulsations aortiques abdominales étaient devenues si hardies qu'elles la faisaient tomber en syncope; elles s'accompagnaient de flatulences, de malaise à l'estomac et de divers phénomènes nerveux. Le traitement a dompté cet état; mais il n'a pu dissiper complétement les pulsations. Une autre dame a commencé, il y a trente ans, à s'apercevoir des pulsations artérielles et des autres phénomènes qu'on attribue à l'hystérisme. Plusieurs consultations avaient déjà eu lieu quand j'ai été appelé par son médecin habituel, feu le professeur Rubini. J'ai diagnostiqué une angéioite lente; mon collègue a persisté à

penser qu'il s'agissait, non d'une maladie idiopathique des artères, mais symptomatique ou sympathique, d'irritation nerveuse. Le temps, cependant, a prouvé que je ne m'étais pas trompé, car cette malade, qui ne prenait pas de choses stimulantes, mais qui n'avait pas assez de patience pour suivre les prescriptions, a empiré de plus en plus. Les pulsations aortiques sont depuis un an devenues violentes et continues; elles ont été observées à l'œil nu par presque tous les médecins de Parme et quelques médecins étrangers appelés en consultation. L'altération matérielle de l'aorte par angéioite est de toute évidence. Il y a deux ans, j'ai reçu à la clinique un jeune ouvrier mégissier qui, après des abus de plus d'un genre, s'est aperçu d'une pulsation très forte de l'aorte abdominale, laquelle augmentait par le mouvement et produisait un sentiment de malaise qui s'étendait jusqu'au cœur, mais sans menace de défaillance. Il se plaignait continuellement de mal à l'estomac, de flatulences, de malaise aux hypochondres, pouls apyrétique, mais vibrant, teinte chlorotique. Il guérit après un long usage des amers et du fer. Le docteur Neva a assisté ce malade. En ce moment même, je vois avec le docteur Rebucci, mon ancien élève, un malade de haut rang, qui est venu à Parme avec lui me consulter pour une affection de ce genre; il présente le tableau le plus complet de l'hypochondrie: les sensations pénibles du bas-ventre s'élèvent jusqu'au cœur et le menacent de syncope. La seule teinte angéioitique du patient m'a de suite fait diagnostiquer l'artérite avant d'examiner ses organes. L'ayant fait coucher, j'ai porté ma main sur l'abdomen, et j'en ai reçu une telle impulsion aortique, qu'on aurait dit que le cœur était placé dans la région ombilicale. Je pourrais citer enfin une multitude d'autres cas pareils de sujets encore vivants à Parme, ou aux alentours, avec une aortite lente et progressive que j'ai pu suivre dans toutes ses phases, et chez lesquels j'ai pu diagnostiquer le mal dès le début, malgré les apparences de gastrite, de dyspepsie, de flatulence, de gastralgie et névrose plus ou moins vagues qu'on caractérise d'hypochondrie ou d'hystérisme.

Je ne prétends pas cependant établir d'une manière absolue que les phénomènes que je viens d'exposer doivent être toujours attribués à des affections idiopathiques du système sanguin et faire admettre une artérite lente; car il est beaucoup plus ordinaire de rencontrer des maux d'estomac et la dyspepsie, ainsi que la flatulence qui se rattachent à une gastrite lente, et quant aux phénomènes hypochondriaques et hystériques, on sait de combien de causes différentes ils peuvent dépendre. Je ne prétends même pas exclure l'existence, assez fréquente même, si l'on veut, de vibrations artérielles, de pulsations d'apparence anévrismatique, non dépendantes d'aucune affection idiopathique des mêmes vaisseaux, et se rattachant complétement à des conditions irritatives ou d'autres lésions de l'estomac, de l'utérus ou d'autres organes qui réagissent sympathiquement sur les artères; car je n'ai pas oublié les belles considérations que l'illustre clinicien De Haën a émises à ce sujet, dans son *Ratio medendi*, chap. 2, *de anevrismale*; mais il doit m'être aussi permis de faire remarquer que si l'anatomie pathologique fût au temps de De Haën aussi avancée que de nos jours; si cet auteur célèbre eût porté ses investigations jusque dans l'intérieur des grands systèmes, il aurait probablement reconnu que beaucoup d'affections qu'il a jugées consensuelles sont en réalité idiopathiques. J'ajouterai que même de nos jours beaucoup de praticiens ne connaissent qu'à peine l'angéioite lente, par la raison que les lésions artérielles qu'ils rencontrent dans leurs autopsies, par exemple les indurations, les ossifications, ils ne les considèrent qu'à un point de vue très restreint, et ils ne se demandent pas ce que ces lésions étaient dans le principe ou avant d'arriver à ce point. Or, nos recherches sur ce sujet nous ont conduit à cette conséquence qu'il ne s'agissait là en origine que d'un travail phlogistique.

Je dirai en outre que les mêmes rapports nerveux qui existent entre l'aorte et plusieurs viscères, les branches de la paire-vague et de l'intercostal qui assiégent l'aorte avant et après sa sortie du diaphragme, les entrelacements que l'arc aortique reçoit du plexus cardiaque, les liens nerveux qui existent à l'aide de troncs insignes entre le système artériel et le système gastrique, entre le cœur et l'estomac, expliquent sans doute les palpitations et les vibrations artérielles symptomatiques d'affections de l'estomac et des intestins; mais ces mêmes rapports expliquent aussi les affections gastriques et hypochondriaques dépendantes d'angéioite. Déjà le célèbre Rega, dans son admirable traité *De sympathia*, avait dit: « Ainsi que le démontre l'anatomie, le cœur peut être affecté par les viscères abdominaux, par l'estomac, par l'utérus, etc. De même aussi on doit tenir pour certain que le cœur affecté idiopathiquement peut à son tour faire partager à ces viscères ses propres souffrances (Rega, *De consensu partium pectoris*, cap. 16). » On doit surtout faire dépendre d'affection idiopathique des gros vaisseaux, d'angéioite lente, les flatulences, les oppressions à l'estomac, les phénomènes hypochondriaques lorsque la vibration artérielle ou la palpitation est constante. Il ne peut ensuite rester le moindre doute, d'après mes observations, lorsque à la constante vibration morbide des vaisseaux se joint l'habit chlorotique et leucophlegmatique.

Que si les faits que nous venons d'exposer conduisent à établir chez beaucoup de malades comme cause ce qu'on regardait naguère comme effet; si les lumières de la pathologie moderne nous permettent de soupçonner une artérite lente dans beaucoup de cas où on n'avait autrefois aucune donnée satisfaisante de diagnostic; cet avantage, j'ose le dire, mes élèves le doivent à nos propres recherches, et l'on doit attacher peut-être quelque prix à la connaissance positive de maladies idiopathiques qu'on regardait comme sympathiques et qu'on ne songeait pas à traiter directement dès le principe, et sur les-

quelles on ne portait l'attention, que lorsque l'affection était déjà devenue tout à fait incurable.

DOCUMENTS DIVERS.

Des corps gras médicinaux — Nous ne voulons pour le moment envisager ce vaste et important sujet que d'une manière générale, nous réservant de revenir en particulier sur chacun des corps que nous allons mentionner. M. Dumas ouvre son magnifique chapitre sur les corps gras par l'énoncé suivant : « On trouve, dit-il, dans les plantes et dans les animaux des matières grasses, diverses de consistance, que le commerce et l'économie domestique distinguent sous ce rapport en quatre groupes principaux : les huiles grasses, les graisses, les suifs et les beurres. A la température ordinaire, les premières sont liquides; c'est donc le point de fusion seul qui a servi de guide dans ce classement. On désigne plus particulièrement sous le nom de beurres les matières grasses provenant de diverses espèces de lait. M. Chevreul a fait voir que tous ces produits renfermaient des acides stéarique, margarique ou oléique unis à la matière que Schéele appelait principe doux des huiles, et qu'on nomme aujourd'hui *glycérine*. Ce sont donc des mélanges de stéarate, de margarate ou d'oléate de glycérine, composés neutres qu'on est convenu de désigner sous le nom de stéarine, margarine et oléine. Quelquefois, mais très rarement, ces matières se trouvent unies en proportions atomiques; dans la presque totalité des cas, elles sont mélangées en toutes proportions. Dans les plantes, c'est surtout le fruit ou plutôt la graine qui se montre riche en matière grasse. Le rôle qu'elle y joue n'a rien d'équivoque; elle est destinée à développer de la chaleur en brûlant au moment de la germination. En général, la matière grasse des plantes est enfermée dans les cellules, sous forme de gouttelettes. Si on examine l'amande ordinaire ou quelque semence émulsive analogue, au moment où elle se développe, on voit que le tissu cellulaire se présente d'abord parfaitement pellucide et plein d'une liqueur incolore et transparente. Peu à peu, à mesure que le fruit mûrit, la cellule se remplit de gouttelettes oléagineuses, qui vont sans cesse augmentant en nombre et en volume. En même temps, un dépôt de matière azotée, la synaptase, se forme dans le liquide qu'il trouble, et sur la paroi interne de la cellule qu'il épaissit et dont il détruit la transparence. Si l'huile est enfermée ainsi dans des cellules closes de toutes parts, si elle se présente toujours après que la cellule est formée, si sa quantité s'accroît à mesure que le fruit mûrit, il faut bien que l'huile, prenant naissance ailleurs, arrive dans la cellule par endosmose..... Tout porte à croire que les matières grasses prennent naissance dans les feuilles; que, de là, elles vont se déposer autour de l'embryon, et, en général, dans la semence même; quelquefois, mais bien rarement, dans le péricarpe charnu. Ce sont ces matières grasses qui passent dans les animaux herbivores, et, de ceux-ci, dans les animaux carnivores. »

Il suit de cette espèce de définition générale que ce qui constitue les corps gras, au point de vue chimique, c'est la présence de la stéarine, de l'oléine et de la margarine, et c'est aussi de la proportion de ces éléments et de l'addition de quelques autres, que dépendent les différences essentielles de ces corps. Plus la proportion de la stéarine prédomine, plus le corps est épais, coagulable, et se rapproche du suif ou de la cire qu'on peut considérer comme entièrement composée de stéarine. Plus, au contraire, le corps contient d'oléine ou d'élaïne (principe fusible, huile proprement dite), plus il se rapproche des huiles pures, telles que celles d'olives, d'amandes douces, de ricin, etc. « La graisse varie, quant à sa nature, chez les divers animaux. Les huiles grasses du règne animal sont, comme celles du règne végétal, différentes sous le rapport de leurs propriétés. L'affinité entre les graisses est relative à celle des classes animales entre elles. La graisse de l'homme et des animaux carnivores appartient à la classe que nous appelons sain-doux, tandis que celle des ruminants constitue le suif. Dans une grande partie des reptiles et des poissons, la graisse est liquide à la température ordinaire de l'air. » (Liebig). La seconde différence tient à la présence de principes additionels, naturels ou accidentels, et qui donnent à chaque corps gras des propriétés particulières. C'est ainsi, par exemple, que l'huile de croton paraît consister en un mélange d'une huile grasse, fade, à peine soluble dans l'alcool froid, que rien ne semble distinguer des huiles fixes, avec une autre substance très acre, très soluble dans l'alcool froid, contenant une quantité notable d'acide crotonique, et de plus une matière neutre, capable de donner naissance à cet acide par la saponification. L'acide crotonique se volatilise à quelques degrés au-dessus de zéro; il est très âcre, et son contact détermine sur la peau de plus ou moins graves inflammations. Aussi, dans la préparation ou même l'emploi de l'huile de croton, faut-il se mettre à l'abri de ses émanations. Les semences elles-mêmes du croton tiglium, qui sont d'une excessive âcreté, ne doivent être maniées qu'avec beaucoup de réserve. C'est ainsi aussi que l'huile de ricin ne paraît différer autrement de l'huile d'olive que par la proportion plus grande de stéarine, et par la présence d'un principe résineux âcre qui, d'après M. Soubeiran, qui l'a découvert, lui donne les propriétés connues dont elle jouit. « L'huile que l'on obtient des amandes amères lorsqu'elles sont sèches, est tout aussi insipide, tout aussi inodore que celle que l'on obtient des amandes douces. Dans quelques circonstances, cependant, l'huile prend l'odeur et le goût des amandes amères; elle contient alors de l'huile essentielle d'amandes, mais celle-ci ne prend naissance que sous l'influence de l'humidité » (Dumas). Il est d'autres principes qui se développent accidentellement et qui changent les qualités, soit nutritives, soit médicinales des corps gras; c'est ce qui constitue la rancidité, si bien définie par Cullen. Il y a alors oxidation et genèse d'un corps nouveau, ordinairement volatile, acide et plus ou moins caustique. A l'état normal, les huiles ne réagissent ni comme acides, ni comme alcalis, mais du moment qu'elles s'épaississent et deviennent rances, elles exercent une réaction acide, et attaquent la gorge quand on les avale. Un acide particulier s'est alors développé dans leur substance; ce nouveau corps donne quelquefois à la substance grasse des propriétés réelment toxiques. « Les graisses sont par elles-mêmes sans saveur et sans odeur, mais elles prennent souvent une saveur désagréable et une odeur persistante et pénétrante, résultats toujours dus à la destruction d'un composé glycérique renfermant des acides volatils, qui, une fois mis en liberté, manifestent leur présence par l'odeur et la saveur qui les caractérisent... Les huiles de ricin altérées, qui présentent alors une excessive âcreté, doivent être proscrites de la médecine. Elles sont, en effet, vénéneuses, prises même en petite quantité » (Dumas). La chaleur et l'air sont les deux conditions les plus favorables à cette dégénérescence, qu'on peut regarder comme une véritable maladie des corps gras; voilà pourquoi les graisses qui sont si saines à l'état frais, telles que l'huile d'olive et le beurre, deviennent si indigestes, si malsaines, par la cuisson qu'on appelle friture. A la température d'ébullition, en effet, elle se décomposent en se volatilisant;

cette ébullition s'effectue à 300° et au-dessus. Il en résulte des gaz hydrogénés (carbure d'hydrogène), qui prennent facilement feu, de l'acide carbonique, et une huile empyreumatique; leur composition est alors changée, et les moines d'autrefois eussent rendus leurs carêmes moins insalubres si ces notions eussent déjà été acquises à la science. « Les huiles dissolvent plusieurs alcalis végétaux, par exemple, la morphine, la cinchonine, la strychnine et la delphine » (Berzelius). Il s'ensuit qu'on peut, chez les enfants surtout, administrer ces alcalis à l'état de solution dans de l'huile d'olive, soit intérieurement, car la solution n'a pas de goût, soit par illinition ou en lavement; on évite ainsi l'inconvénient de la présence d'un acide plus ou moins violent, qu'on rencontre dans les sels ordinaires formés avec ces substances.

Parmi les corps gras qu'on appelle fixes, un grand nombre sont employés en médecine et en chirurgie : tels sont l'axonge, le beurre ordinaire, le beurre de cacao, le blanc de baleine, les huiles d'olives, d'amandes, de ricin, de croton, de morue, de lin, etc. On s'imagine que tous ces corps, ou du moins ceux dont on se sert communément comme aliment, n'agissent que par leur qualité émolliente et l'on ne tient aucun compte de leur action dynamique, dont on ne soupçonne même pas l'existence. Cependant l'huile d'olive purge parfaitement, non seulement lorsqu'on la prend par bouche ou en lavement mais encore quand on la frotte sur le ventre chez les enfants, et elle neutralise en partie l'action de l'alcool ou de l'ivresse; on s'en sert utilement dans certaines irritations intestinales (helminthiase) et elle adoucit les lésions traumatiques; l'axonge employée à forte dose guérit ou améliore les phlogoses superficielles (érysipèle); le suif apaise la douleur des hémorrhoïdes enflammées, celle des pieds après les longues marches, celle des gerçures; l'huile dite de poisson, ou de morue, combat des phlogoses chroniques plus prononcées encore, etc. Il est facile de s'assurer que, prise à jeun à dose convenable, l'huile d'olive produit des effets manifestes d'hyposthénie entérique, elle provoque une sécrétion abondante de liquides, une sorte de salivation, des sueurs, un sentiment de vide à l'estomac et une certaine lassitude générale analogue à celle qu'on remarque après l'usage d'une faible dose de tartre stibié; des gardes-robes s'en suivent. Ce sont là des effets incontestablement dynamiques hyposthénisants, et c'est ainsi que cette huile calme les coliques et les douleurs. On sait que, s'étant fracturé la clavicule, Galien ne trouvait de soulagement que dans l'irrigation constante qu'on lui pratiquait avec cette huile. La connaissance que nous avons aujourd'hui sur les principes dominants de la composition chimique des graisses (hydrogène et carbone), explique parfaitement cette action commune propre à ces corps et qui se manifeste après leur absorption. C'est donc par erreur qu'on a écrit dans deux dictionnaires que : « Elles (les huiles grasses) sont contre-indiquées à l'intérieur lorsqu'il existe un état fébrile; il en est de même dans les cas de flatuosités intestinales, de laxité des tissus, de maladies ataxiques et dynamiques. Elles ne conviennent pas non plus chez les sujets avancés en âge. » A ce principe commun d'action s'en ajoute un autre, c'est celui de l'élément médicamenteux que nous avons mentionné pour les corps gras énergiques, mais le mode d'action de cet élément n'est pas de nature différente, ainsi que nous le verrons; cela peut être établi d'une manière incontestable pour les corps gras qu'on appelle fixes. Quant aux huiles essentielles ou volatiles, qu'on croit communément excitantes, telles que l'essence de térébenthine, le camphre, etc., il y a ici une distinction importante à établir. Les seules huiles de ce genre qui excitent réellement, qui relèvent le pouls, le rhythme normal des fonctions organiques, ce sont celles de canelle et de girofle; nous verrons que les autres n'agissent pas autrement au fond que les huiles fixes, mais elles en diffèrent essentiellement par leur énergie et par leur action élective que nous devons faire connaître. Terminons ces remarques générales par la note suivante que M. Mojon avait insérée à la traduction française de l'ouvrage de Giacomini, qui nous est commune, et qui relèvera probablement l'illusion où l'on est tombé dernièrement de croire qu'on avait expulsé, à l'aide d'un long usage de l'huile d'olives, d'amandes ou de ricin, des calculs volumineux de la vésicule biliaire, alors que ces concrétions se forment aisément dans les intestins par le fait même de cette administration. Les observations de M. le docteur Duparcque prouvent seulement que par leur action hyposthénisante les huiles en question ont été utiles pour apaiser l'irritation. « J'ai eu, dit M. Mojon, l'occasion de voir souvent dans ma pratique, en Italie, que l'usage de l'huile par bouche, continué longtemps, produisait souvent dans les intestins certaines concrétions rondes ou irrégulières de 3 à 4 millim. de diamètre. Il ne faut pas confondre ces corps huileux avec les calculs intestinaux dont parlent les auteurs. Les concrétions dont il est question ont la consistance de l'adipocire; elles sont onctueuses, grasses, d'une cassure grenue, légères, sans noyau, entièrement fusibles au feu, très inflammables, d'un blanc verdâtre. D'après l'analyse qui a été faite, par mon frère et par moi, ces concrétions sont composées en grande partie de stéarine, d'un peu d'oléine, d'une matière grasse, jaune et albumineuse, d'une fort petite quantité d'ammoniaque et de soude. On dirait que l'huile dont sont gorgés certains malades éprouve, en parcourant le canal gastrique, une sorte de saponification en se combinant à une matière alcaline et à l'albumine qu'elle y rencontre et qui l'épaississent; le mouvement péristaltique des intestins leur fait prendre la forme globuleuse. »

Mort subite pendant le coït. — On connaît un assez grand nombre d'exemples de mort arrivée instantanément sur le champ de Vénus, pendant le grand acte de la procréation. C'est le cœur qui se crève le plus souvent dans ces occurrences, surtout chez des vieillards qui, oubliant le nombre des années, se vouent encore au culte de la déesse et endossent l'habit de chantres au lieu de garder le modeste rôle de distributeurs d'eau bénite. Par une sorte de réaction synergique de tout le système musculaire sur le grand tronc de la circulation, l'une des cavités gauches du cœur ou la portion péricardienne de l'aorte est déchirée, et la mort s'ensuit comme par un coup de foudre. Un cas de ce genre s'est présenté dernièrement à Paris dans une maison de joie des environs de la rue Vivienne. Ordinairement, le point de la rupture répond à un tissu préalablement ramolli, aminci ou même érosé. On peut consulter sur ce sujet un curieux mémoire que M. Dézeimeris a publié il y a quelques années, et où se trouvent enregistrés la plupart des cas de rupture du cœur que la science possède. Il résulte de ce travail que tous les cas connus de rupture du cœur pendant le coït n'ont été observés que chez l'homme; cela se comprend. En voici cependant un observé chez la femme, lequel est peut-être le seul qui existe jusqu'à ce jour, et qui a échappé aux recherches du savant bibliothécaire. « Une fille publique, âgée de vingt-huit ans, maigre, se plaignait de lassitude et d'inappétence depuis une quinzaine de jours. Elle buvait habituellement du vin et des liqueurs. Un monsieur étant allé chez elle et en étant sorti peu de temps après le visage confus et troublé, comme elle ne pa-

raissait pas deux ou trois heures après, les voisins, qui avaient remarqué ce qui s'était passé, entrèrent et la trouvèrent non seulement morte, mais encore froide et couchée dans son lit dans une telle attitude de corps qu'on ne pouvait pas douter dans quel acte elle était morte, attendu surtout qu'on voyait la liqueur séminale de l'homme s'écouler de ses parties génitales. » Autopsie, anévrisme de l'aorte rompu dans le péricarde (Morgagni, Ep. 26, n° 13).

CLINIQUES CHIRURGICALES.

REMARQUES GÉNÉRALES.

Des quatorze ou quinze grands hôpitaux affectés au service ordinaire de la ville de Paris, trois seuls sont, comme on sait, placés dans le centre (Hôtel-Dieu, Charité, hôpital dit des Cliniques); les autres sont périphériques, et, tout en restant *intra-muros*, ils touchent pour ainsi dire presque tous aux barrières et aux fortifications; de sorte qu'en cas de guerre ils auront sans doute les premiers et le plus à souffrir. Considérés dans leur ensemble d'un point de vue élevé, la plupart de ces hôpitaux se trouvent géographiquement accumulés sur la rive gauche de la Seine et vers le sud-est de la ville. Là, on rencontre en effet la Salpêtrière, Charenton et Bicêtre; la Pitié, la Maternité et les Vénériens; Cochin, Necker, Enfant et Vieillesse; les trois hôpitaux centraux que nous venons de nommer; et là l'on rencontre aussi les trois grands hôpitaux militaires, le Val-de-Grâce, les Invalides et le Gros-Caillou. La rive droite, ou le côté nord-ouest de Paris, qui est si vaste, si immensément populeux et si progressif, ne possède qu'à peine trois hôpitaux à la disposition des malheureux (Beaujon, Saint-Louis, Saint-Antoine), la maison dite Dubois, qui appartient aussi aujourd'hui à l'administration centrale, étant réservée à la classe pensionnaire. L'on prévoit déjà que, par suite de leur position, les hôpitaux périphériques doivent à la fois recevoir des malades des quartiers correspondants de la ville, des faubourgs et de la banlieue. Aussi, sont-ils continuellement pleins et offrent un très grand intérêt au point de vue de la science, surtout de la chirurgie. Vers ces régions, en effet, sont, comme on sait, placées les fabriques à productions diverses; des mécaniques, des machines à vapeur fonctionnent sans cesse; des ouvriers de tout genre y sont pour ainsi dire casernés; de là des accidents faciles, des malheurs fréquents, des blessures. Eh bien! un fait remarquable que nous avons vérifié encore dernièrement à l'occasion de l'épidémie si grave, l'*érysipèle*, qui a régné dans les salles de chirurgie, c'est que le fléau n'a pas été moins cruel dans les hôpitaux périphériques que dans les hôpitaux centraux, ce qui porte à penser que des causes générales, à nous inconnues, planaient sur la capitale, venant d'en haut et indépendantes des conditions de localité. Aujourd'hui, grâce à Dieu, cette source de malheur est presque complétement épuisée. Disons enfin qu'un seul parmi tous ces monuments de grandeur élevé par la sublime philantropie de quelques âmes immortelles reste à peu près inserviable, et comme abri destiné au malheur et comme institution d'enseignement, nous voulons parler de l'hôpital dit des Cliniques. On sait en effet que de temps en temps on est obligé d'évacuer plusieurs salles de cet hôpital à cause des épidémies meurtrières qui les déciment.

La question la plus importante qui s'est présentée devant nous, dans l'excursion des cliniques, durant le mois, est relative aux amputations des membres, question grave, d'une portée immense, et qui revient sans cesse d'elle-même, pour ainsi dire, dans les journaux comme dans les livres didactiques, dans les amphithéâtres comme dans les salles des cliniques. C'est que de grands intérêts thérapeutiques et sociaux se rattachent toujours à ces vastes ablations que l'art exécute sur une grande partie du corps. Disons, tout d'abord, que l'amputation de la jambe à la partie inférieure, près des malléoles, que quelques chirurgiens éclairés ont remise en honneur dans ces dernières années, est définitivement adoptée dans tous les hôpitaux civils de Paris, et elle constitue, en effet, un véritable bienfait, au double point de vue de la gravité et de la difformité comparativement, à l'amputation qu'on pratiquait naguère à quelques travers de doigts au-dessous du genou. On voit aujourd'hui, à toutes les cliniques, des malades opérés d'après la méthode près malléolaire : chez M. Lisfranc comme chez M. Blandin, chez M. Roux comme chez M. Velpeau, chez M. Jobert comme chez M. Robert, chez M. Gerdy comme ailleurs, et, partout, les chirurgiens se louent des avantages de ce mode opératoire. Nous faisons des vœux pour que la même méthode, repoussée provisoirement des hôpitaux militaires, soit enfin définitivement appréciée et reconnue pour ce qu'elle vaut dans ces grands asiles destinés aux héros de la patrie. Si les chirurgiens de nos hôpitaux sont d'accord sur ce point, ils cessent cependant de l'être tout à fait sur celui de savoir s'il faut ou non réunir par première intention les plaies des membres amputés. A l'Hôtel-Dieu, M. Roux réunit généralement par première intention, à l'aide de bandelettes agglutinatives, tandis que, dans le même hôpital, M. Blandin ne réunit primitivement que dans quelques cas seulement, et il défait constamment l'appareil pour visiter la plaie le lendemain de l'opération. Si le moignon est enflammé, M. Blandin enlève tout bonnement les bandelettes, et entoure circulairement les lambeaux d'un cataplasme émollient; il renonce complétement alors à la réunion immédiate. A Saint-Louis, M. Jobert pratique constamment la suture à l'aide d'épingles, comme dans le bec-de-lièvre, et, pour favoriser la réunion, il porte directement les fils des vaisseaux au dehors, par le chemin le plus court, n'importe les points où ils tombent, et il se trouve parfaitement de cette pratique; tandis que M. Lisfranc, de son côté, évite autant que possible les réunions immédiates, même dans les amputations du sein. A la Charité, M. Velpeau et M. Gerdy ne visent qu'à des demi-réunions, et telle est aussi la pratique

de M. Pasquier, aux Invalides, et de M. Gimelle, au Gros-Caillou. Au Val-de-Grâce, cependant, M. Baudens s'attache aux réunions primitives, comme M. Roux et M. Jobert, mais sans suture. On voit bien, par ce résumé sommaire, que des pratiques différentes sont suivies partout, et telle est la conviction de la supériorité relative de ces méthodes chez chacun de ces chirurgiens, qu'on trouve partout un argument puissant, qui semble en détruire un autre non moins capital, quand on veut faire des parallèles. Boyer, qui était lui-même partisan de la réunion secondaire, ou plutôt *immédiate après suppuration*, c'est-à-dire du rapprochement complet des lambeaux à l'époque du bourgeonnement, opposait souvent, sous nos yeux, un argument *ad hominem* à M. Roux, lorsque deux malades à peu près dans les mêmes conditions, étaient amputés du même membre, le même jour, à sa clinique. Boyer en opérait un et réunissait par seconde intention ; M. Roux opérait l'autre et réunissait immédiatement. Pendant les premiers jours, le moignon de l'opéré de M, Roux paraissait plus satisfaisant. Par la suite, cependant, l'opéré de Boyer était, ou plus tôt guéri, ou il guérissait en autant de temps à peu près que l'autre. Cela cependant, n'a pas ébranlé les convictions de M. Roux. L'addition de la suture pourrait, à la vérité, avoir une influence réelle sur le résultat, mais cette mesure trouve une telle opposition auprès de la plupart des cliniciens que nous venons de nommer, que nous n'osons insister davantage. La seule conclusion qu'il nous soit permis de tirer de ces rapprochements, c'est que la généralité des chirurgiens des hôpitaux de Paris s'attache plutôt, en ce moment, à la demi-réunion qu'à la réunion immédiate complète dans les grandes amputations. C'est aussi ce que nous avons vu faire, il y a peu de jours, à M. Velpeau, dans une amputation de la jambe au quart inférieur.

Une seconde observation générale concerne le traitement de l'hydrocèle dans les hôpitaux. Les deux procédés d'injection sont en présence ; l'injection par la teinture d'iode est presque généralement adoptée, mais on ne renonce pas pour cela à l'injection vineuse ; MM. Lisfranc et Gerdy s'en tiennent même exclusivement à cette dernière ; d'autres emploient indistinctement soit l'une, soit l'autre, car le résultat est le même dans les deux cas, ou bien on remplace l'une par l'autre, en cas de récidive. L'injection iodée est donc désormais une ressource acquise à la pratique, surtout dans le traitement de l'hydrocèle simple. En signalant le premier, il y a quelque temps, quelques inconvénients ou insuccès, que nous avions observés dans les hôpitaux, sur des sujets opérés par la teinture iodée, nous tirions cette conséquence, que ce moyen était, au fond, comme tant d'autres remèdes, bons d'ailleurs, susceptible de faillir; cela nous avait paru important pour les praticiens, utile même pour le crédit du remède, car, sachant qu'il peut échouer, le chirurgien ni le malade n'éprouveront de désappointement, et ils en seront quittes pour recommencer au besoin. Nous avions saisi cette circonstance pour exprimer le désir que l'auteur de l'injection iodée fît connaître ses propres résultats, en ce qui concernait, du moins, les insuccès ; cela nous avait semblé d'autant plus important que M. Velpeau n'avait publié, jusque là, que des cas de réussite, et l'on pouvait naturellement penser que la différence dans les résultats, avec ce que nous venions d'observer, pouvait tenir au mode d'application, ce qui, au reste, n'aurait eu rien que de très simple. Dans un de ses articles récents, inséré dans un journal de médecine, M. Velpeau, faisant allusion aux *Annales de Thérapeutique*, a écrit les lignes suivantes :

« Dernièrement on lisait encore dans une feuille médicale : « Il serait fort important que M. Velpeau fît connaître les résultats qu'il a obtenus par cette méthode. » Nous avouons que cela nous surprend ; car ces résultats obtenus ne sont plus comptés ; c'est pour nous une question jugée depuis longtemps déjà. Nous avons opéré maintenant, tant à l'hôpital que dans la ville, trois cents hydrocèles, et même plus par l'injection iodée. A l'hôpital nous en recevons à peu près une moyenne de trente à quarante par année, et nous en voyons environ dix à douze en ville dans le même temps. *Nous n'avons pas vu une seule fois d'accidents qui puissent être imputés à l'emploi de l'injection iodée.* Un malade a succombé, nous l'avons déjà dit ; mais il est mort par suite d'une inflammation purulente dans le tissu cellulaire du bassin, sans communication aucune avec le scrotum. Nous n'avons pas pensé un seul instant que cet accident pût être en rien attribué à l'opération de l'hydrocèle. Bien plus, chez un malade l'injection ayant été faite entre les tuniques et non dans le kyste, il n'est pas survenu de gangrène. Ceci est très remarquable surtout si l'on rapproche ce fait de certains autres du même genre observés dans des cas d'hydrocèles opérées par l'injection vineuse. Les malades traités par l'injection guérissent, terme moyen, en quinze jours. Nous n'avons jamais observé un seul cas de gangrène ni de suppuration. Pour nous, c'est donc une vérité démontrée que tout en déterminant l'irritation suffisante pour la guérison de l'hydrocèle, l'injection iodée ne fait pas naître de phlegmasie tendant à la purulence.... Si l'on nous faisait dire maintenant que l'injection iodée réussit toujours, on nous prêterait certainement une opinion que nous n'avons pas; il n'y a pas au monde de remède qui réussisse toujours; mais on peut hardiment avancer que l'injection iodée échoue très rarement; ce ne serait peut-être qu'une fois sur soixante, sur cent même, qu'on la verrait manquer le but à atteindre.... »

Nous nous félicitons d'avoir provoqué ces explications de la part de M. Velpeau ; elles prouvent évidemment que l'injection iodée échoue beaucoup plus rarement entre ses mains qu'entre celle des autres. Les proportions définies, que M. Velpeau a adoptées, de la teinture, et la quantité qu'il laisse dans la vaginale, rendent probablement raison de cette différence. Dans un cas très simple, qu'a opéré dernièrement M. Blandin, la teinture iodée est entrée dans la proportion de $\frac{1}{2}$; le mal s'est reproduit ; on vient de l'opérer une seconde fois par le même moyen. Ces mêmes échecs se reproduisent ailleurs, dans les hôpitaux comme dans la pratique civile. Nous nous proposons de suivre exactement toutes les circonstances qui peuvent contribuer à la réussite presque constante de

cette médication, à la Charité, et de les faire connaître.

Disons enfin que, parmi les cas curieux que nous venons d'observer dans les différentes salles de chirurgie, et qui ne font pas partie du compte-rendu ci-après, nous devons mentionner, à l'Hôtel-Dieu, un cas de fracture au bras chez un enfant nouveau-né, occasionée par la maladresse d'une de ces vieilles mamans qui, chargées d'habiller les enfants, croient devoir faire fléchir les membres à la portée fantastique des habits. Un autre, au même hôpital, de brûlure au premier degré sur tout le dos, occasionée par un coup d'insolation, chez un carrier qui travaillait à ciel ouvert et n'ayant pour tout habillement qu'un pantalon, sans chemise, pendant un de ces jours derniers, où la température s'était élevée jusqu'à 28° c. et au-delà. A Saint-Louis, des cas nombreux d'affections ulcéreuses et granuleuses du col de l'utérus, traités, avec un avantage marqué, à l'aide du fer rouge, par M. Jobert. Des plaies irritables, pansées, dans le même hôpital, à l'aide du sparadrap à la gélatine, ce qui a paru d'une utilité réelle. Un doigt presque entièrement arraché par l'action d'une mécanique, chez une jeune femme, et parfaitement regreffé par le même chirurgien. Un cas de rhumatisme musculaire chronique dans les membres inférieurs, s'accompagnant d'une sorte de craquement, sensible à l'oreille, dans tous les tendons, à chaque mouvement, chez un homme jeune, couché dans le service de M. Gerdy, à la Charité, etc. Nous aurions maintenant des remarques d'un ordre non moins intéressant à présenter, nous voulons parler des difficultés qu'éprouvent souvent les chirurgiens à obtenir, de l'administration locale, certains secours réclamés par l'état de certains malades. Nous reprendrons ce sujet dans une prochaine occasion.

Hôpital de la Pitié (M. LISFRANC).

HYDROCÈLE TESTICULAIRE MULTILOCULAIRE. *Cas remarquable.* — Un homme, âgé de 60 ans passés, ancien militaire, portait une hydrocèle testiculaire au côté droit, de volume moyen, parfaitement fluctuante, transparente et n'ayant jamais été opérée. M. Lisfranc y pratique la ponction à l'ordinaire : du liquide clair s'écoule, mais en petite quantité; la canule paraît parfaitement libre dans la vaginale; on pratique une injection au vin, la tumeur se gonfle comme avant la ponction, mais quand on a voulu retirer le vin ce liquide n'est pas revenu par la canule. On a craint alors d'avoir injecté le vin dans le tissu cellulaire et l'on a fendu la tumeur avec le bistouri. On a trouvé, au lieu d'une hydrocèle ordinaire, un kyste multiloculaire, organisé dans l'intérieur même de la vaginale et contenant ici du liquide clair, là une gelée mollasse que le vin venait de pénétrer. On a disséqué le kyste et la portion correspondante de la vaginale, et l'on a pansé d'après l'ancienne méthode, par de la charpie sèche. Huit jours après, la suppuration était bien établie, des lambeaux de tissu cellulaire étaient mortifiés et en voie d'élimination. Dans cette incision, M. Lisfranc a rappelé un précepte important, de ne pas diviser la paroi antérieure, mais bien plutôt la partie inférieure de la tumeur, par la raison qu'après l'évacuation du liquide, la peau du scrotum se rétracte et la portion inférieure non divisée remonte en se portant en avant, d'où il résulte un creux désagréable, une sorte de godet où le pus se collectionne. L'incision doit donc être prolongée à la partie inférieure de la tumeur et un peu en arrière. Tout porte à croire que ce malade guérira tout aussi vite que s'il eût été traité par la seule injection. On voit par là que, même dans les cas les plus clairs en apparence, le diagnostic peut être trompeur et qu'il importe, surtout quand on opère en ville ou à la campagne, d'être muni d'instruments propres à affronter les accidents inattendus.

— Dans la même salle est un autre malade affecté d'hydrocèle simple et traité par l'injection vineuse, avec addition d'alcool pur. La réaction inflammatoire a été tellement violente que la vaginale a suppuré; un abcès s'est formé; on l'a ouvert, et les choses ont marché tout aussi simplement que si l'inflammation se fût arrêtée au degré d'épiphlogose (adhésive de Hunter), et il est aujourd'hui presque guéri, un mois après l'injection. La suppuration n'a même pas amené de retard dans la guérison, puisque c'est à peu près le temps que les hydrocèles mettent à guérir après l'injection vineuse. M. Lisfranc a fait remarquer que, chez ce malade, l'injection alcoolisée n'a pas produit de douleur, nouvelle preuve qu'il ne faut pas se régler sur cette sensation pour savoir s'il faut ou non renouveler l'injection dans la même séance, ou maintenir le liquide plus longtemps en contact avec la vaginale. Un troisième malade qui est dans la même salle présentait une hydrocèle enkystée du cordon, sorte de tumeur du volume d'un œuf, parfaitement mobile. M. Lisfranc a préféré à l'injection l'incision et la dissection de la poche morbide, cette pratique lui paraissant plus sûre, et comme opération, et comme remède. Pour mieux disséquer le kyste, M. Lisfranc a commencé par le fendre et le vider. On comprend qu'alors les pinces peuvent en soulever les lambeaux et permettre une dissection prompte, exacte et complète. Dans ce cas, cependant, une portion du kyste a été abandonnée en arrière, puisqu'elle adhérait sur le cordon. On l'a cautérisée les jours suivants avec le nitrate d'argent. La plaie marche vers la guérison.

CANCERS CUTANÉS. *Iodure de potassium.* — Nous avons déjà rapporté, il y a quelque temps, un cas de cancer cutané au nez, récidivé et guéri par M. Lisfranc, à l'aide de l'iodure de potassium donné intérieurement. Deux autres cas analogues s'observent en ce moment dans le même service. L'un concerne un homme, âgé de 50 ans environ, qui portait à la région pubienne une sorte de rosace superficielle, d'apparence cancéreuse; l'érosion embrassait la racine du pénis et s'étendait circulairement dans un rayon de plusieurs centimètres; sa largeur totale dépassait en grandeur la main d'un homme adulte, déployée; des inégalités existaient à sa surface, et, au total, le mal ressemblait à ce cancer cutané qu'on observe si souvent à la face, et que Boyer désignait dans ses leçons par une expression triviale mais pittoresque : *viande mâchée par un chat.* L'autre est relatif à une femme qui portait un *noli me tangere*, de la grandeur d'une pièce de un franc à une paupière. Chez le premier, on s'est contenté localement de pansements simples, et l'on a mis le malade à l'usage intérieur de l'iodure de potassium. On a débuté par 1 gramme par jour, c'est-à-dire 6 grammes de ce sel dissous dans 180 gram. (6 onces) d'eau, à prendre une cuillerée matin et soir, ce qui donne

juste la quantité nécessaire pour une semaine. On a augmenté de 1 gramme la potion entière chaque semaine. Le malade prend aujourd'hui une potion de 9 grammes par semaine, ce qui fait 1 gramme et demi d'iodure par jour. Après dix jours de ce traitement, une amélioration très manifeste s'était déjà déclarée dans la localité : le mal avait cessé de s'étendre, il avait perdu son caractère d'inflammation maligne et douloureuse, ses élévations, ses bosselures, s'étaient affaissées, et ses bords se disposaient à une sorte d'effacement. La semaine suivante, l'amélioration était plus prononcée encore, le malade ne souffrait plus, et des cicatrisations partielles s'étaient déjà déclarées ; l'affection n'offrait presque plus les caractères du cancer. Aujourd'hui, cinquième ou sixième semaine du traitement, le mal est cicatrisé en grande partie et il marche évidemment vers la guérison. Des croûtes se forment sur les points encore malades, et la lésion offre aujourd'hui l'apparence d'une dartre. On a remarqué que, depuis une dixaine de jours, la cicatrice marche beaucoup plus lentement que dans le début; cela est ordinaire dans ces sortes de cures. M. Lisfranc espère obtenir une guérison complète chez ce malade à l'aide de ces seuls moyens ; dans le cas contraire, il achèvera la cure en s'aidant de quelques légers attouchements avec le nitrate acide de mercure. Il est certain qu'au commencement la maladie n'était pas opérable avec le bistouri, vu son étendue considérable, et qu'aujourd'hui elle n'est plus redoutable. Chez l'autre, le mal n'offrait que l'étendue d'une pièce de un franc; la médication interne a beaucoup amendé son état; enfin on l'a touché avec le nitrate acide liquide de mercure, et un bourgeonnement de bonne nature s'est déclaré. Il est probable que cette malade guérira sans d'autres moyens, et, au surplus, s'il faut en venir à une opération, elle s'offre désormais dans des conditions faciles et favorables à la guérison. Chez un troisième malade, atteint également du cancer à côté du nez, on a de suite opéré, le mal a été enlevé, mais il a récidivé avec une promptitude effrayante avant la cicatrisation.

— Ces faits conduisent à cette conséquence que les affections cancéreuses sont modifiables jusqu'à un certain point à l'aide d'un traitement dynamique. Si l'on veut bien jeter les yeux sur les idées que nous avons émises il y a quelques mois sur la nature et le mode de formation du cancer (V. *Ann. de Thér.*, t. I, p. 443), l'on verra que ces observations viennent complétement à l'appui de nos déductions, et que l'époque n'est pas éloignée où les affections cancéreuses seront envisagées à leur véritable point de vue, et par conséquent traitées convenablement. On trouvera probablement étrange, ridicule même, dans l'état actuel des idées professées, si nous disions que le cancer n'est que l'effet d'une autre maladie non encore étudiée ni même connue en France (l'angéioïte ou l'artérite capillaire chronique), et que ses véritables remèdes sont les hyposthénisants vasculaires, tels que les iodures, les sels ferriques, les acides minéraux, etc. Cette appréciation, cependant, sera goûtée, nous en sommes certains, lorsque, cédant à la force des choses, les cliniciens porteront leur attention aux études dynamiques. On nous demandera peut être pourquoi donc nous ne guérissons pas le cancer ; nous répondrons que la condition dynamique générale qui donne naissance à la production cancéreuse est parfaitement guérissable, dans le principe, comme toute autre angéioïte, comme la chlorose et la scrofule, mais que le mal rest au-dessus des ressources, au-delà de certaines limites. Nous renvoyons le lecteur à l'article cité pour d'autres détails qui se rattachent à cette question de haute thérapeutique.

Fracture de la clavicule. Bandage nouveau. — Nous avons, il y a quelque temps, parlé d'un nouveau bandage très simple et très efficace qu'un des internes de M. Lisfranc, M. Damoiseau, avait imaginé pour un cas de fracture de la clavicule dont on n'avait pu jusque là retenir convenablement les fragments. M. Damoiseau vient de nous faire voir un malade des salles de M. Bérard, jeune homme d'une vingtaine d'années, chez lequel le même appareil se trouve appliqué avec un succès parfait. Cet appareil se compose d'une alèze pliée en cravate et d'un petit coussin rempli de balle d'avoine, à peu près comme ceux dont on se sert pour les appareils à fracture des membres. On applique le centre de l'alèze-cravatte sur le dos, on passe les chefs en avant circulairement, au niveau des aisselles, on les fait remonter au devant des épaules, on les croise derrière le cou entre les épaules et sur le coussin mis en double et comme une bosse sur ce point, on les ramène de nouveau sous les aisselles, circulairement, et on vient les fixer au devant de la poitrine à l'aide de fortes épingles. Il va sans dire que pendant que le chirurgien décrit avec la cravatte-alèze cette espèce de 8 autour des épaules et du tronc, un aide, placé du côté de la fracture, doit empoigner l'épaule et la tirer en haut, en dehors et en arrière, afin de maintenir la fracture réduite; un autre aide doit en même temps maintenir le coussin dorsale, replié sur lui-même et réduit à peu près au volume d'une tête d'homme adulte, jusqu'au moment où les deux chefs viennent se croiser sur lui et le fixent par leur passage sur le premier tour de l'alèze. Une certaine quantité de coton cardé est appliqué au devant de l'épaule afin de garantir le bord correspondant de l'aisselle de l'action compressive de l'alèze. La réduction est maintenue de la manière la plus parfaite et sans fatigue aucune pour le malade. Chez le jeune homme que nous venons de voir on ne sent pas le moindre déplacement malgré que la fracture fût diaphysaire et existât avec un grand déplacement. Chez le premier malade, le déplacement était si grand que la peau était menacée de perforation, l'appareil de Desault avait échoué. Dans l'appareil de M. Damoiseau on ne met rien dans l'aisselle, ou, pour mieux dire, le coussin axillaire se trouve transporté sur le dos pour servir de point de ralliement et de tension à la fois.

— Le résultat de ce bandage est vraiment ce qu'il y a de plus satisfaisant pour cette fracture dans l'état actuel de la pratique. Le bandage de Desault a beaucoup d'inconvénients : il se relâche aisément, laisse reproduire le chevauchement, et son coussin axillaire est souvent insupportable. Son plus grand inconvénient est de mal remplir les indications curatives de la fracture. Rendu inamovible à l'aide de la dextrine, cet appareil est peut être moins défectueux; mais nous devons dire qu'il nous a paru bien inférieur à celui que nous venons de décrire. Les tours de ce bandage étant larges et forts, sont peu sujets à se relâcher. Le coussin dorsal, d'ailleurs, fait l'office de poulie de renvoi et diminue, par cela même, les conditions de relâchement. L'expérience, au surplus, confirme parfaitement ces idées théoriques. La facilité, enfin, de retrouver partout les pièces nécessaires

le recommande plus particulièrement encore aux chirurgiens des campagnes comme à ceux des villes.

Hôtel-Dieu (M. BLANDIN).

ÉLÉPHANTIASIS DES ARABES (*Affection glandulaire des Barbades, ou jambe des Barbades. Éléphantiasis tubéreux, Alib.*). — Un jeune homme, Suisse, de constitution un peu lymphatique mais grand, fort et bien portant, a habité le Brésil (Rio-Janéiro) pendant trois ans. A son arrivée dans ce pays il a été pris de douleurs à l'aine gauche, se propageant dans tout le membre; quelques ganglions se sont développés dans le foyer de la douleur, et des espèces de cordons rougeâtres dans la direction des vaisseaux lymphatiques de la cuisse et de la jambe. Ces premiers symptômes n'ont pas été traités, ils se sont prolongés, répétés, exaspérés, à plusieurs reprises, puis ils ont diminués et sont restés permanents jusqu'à aujourd'hui. Dans ces entrefaites, la jambe s'est gonflée ainsi que la cuisse. D'abord la peau était rouge et douloureuse au toucher, puis elle est devenue indolore et est allée toujours en s'épaississant; elle a commencé à se couvrir d'inégalités, de tubérosités plates par-ci par-là. Cet état de choses étant progressif et le patient reconnaissant qu'il venait de contracter la maladie, si fréquente dans le pays, a quitté Rio-Janéiro et s'est rendu à Paris. A l'examen on trouve tout le membre tuméfié, sa cuisse est augmentée du quart en volume, la jambe de moitié environ. Des tubercules plats, en petit nombre, se remarquent sur la peau de la cuisse. Le derme offre une couleur plus foncée que celui de l'autre membre et du reste du corps. La jambe est déformée comme chez les individus atteints d'œdème considérable. En palpant la peau de la jambe, on sent un corps épais et dur comme le derme des grands quadrupèdes. En empoignant le mollet c'est comme s'il était formé par un corps solide. Partout le palper fait reconnaître à la jambe que non seulement la peau, mais aussi le tissu cellulaire sous-cutané, les muscles et les os sont augmentés de volume; l'hypertrophie cependant paraît principalement bornée aux parties molles. La cuisse offre les mêmes lésions mais moins prononcées; des ganglions douloureux s'observent à l'aine, et des cordons indolores le long de la face interne du fémur. Le mal local est progressif, mais la santé générale du sujet est bonne d'ailleurs, si ce n'est qu'il paraît triste, soit par effet de la maladie elle-même, soit par d'autres causes. M. Blandin a diagnostiqué un éléphantiasis des Arabes au premier degré, produite par des érysipèles répétés ou une inflammation chronique des vaisseaux lymphatiques; il a, en conséquence, prescrit des frictions de pommade mercurielle sur les ganglions de l'aine et sur les indurations de la partie interne de la cuisse, et la compression à l'aide d'un bandage roulé depuis le pied jusqu'au genou. Ce traitement a produit une grande amélioration en peu de temps; l'induration, le gonflement, l'hypertrophie ont de beaucoup diminué, et M. Blandin espère obtenir une guérison complète à l'aide de ces moyens.

— Cette affection intéresse particulièrement à cause de sa rareté dans nos climats, de ses conditions physiques, de son mode de développement et de l'efficacité des moyens mis en usage par M. Blandin. Aussi, ce professeur lui a-t-il consacré une leçon très substantielle. M. Blandin la considère comme un résultat pur et simple d'une lymphite chronique, et il s'appuie d'abord sur un autre cas qui est en ce moment à l'Hôtel-Dieu: il s'agit d'un jeune homme à peu près du même âge que le précédent, atteint précisément de ganglionite inguinale, avec érysipèle dans tout le membre, des cordons lymphatiques à la cuisse, œdème, etc. Dans ce cas, le mal a donc offert les mêmes caractères que chez l'autre dans le début, et il n'est pas douteux que s'il n'eût pas été traité convenablement, si, par des circonstances climatériques ou autres, la lymphite eût passé à l'état chronique, il n'est pas douteux, dit M. Blandin, que le derme ne se fût épaissi, hypertrophié, le tissu cellulaire pareillement, puis les muscles, et même les os, ce qui aurait conduit à l'affection éléphantique dont il s'agit. Les muscles sont bien tantôt hypertrophiés, tantôt atrophiés et remplacés par de la graisse chez ces sortes de sujets. Dans un cas que M. Blandin a disséqué sous les yeux de Dupuytren, les os eux-mêmes étaient augmentés en volume et en longueur par effet de la maladie. Cette opinion sur la nature de l'affection des Barbades, M. Blandin la rapporte à Allard; il la trouve conforme à ses observations et à sa doctrine sur l'érysipèle, et il la regarde d'autant plus importante que le traitement qui paraît donner les meilleurs résultats est le même dans les deux cas. Ainsi, cette maladie, si monstrueuse lorsqu'elle est invétérée, ne serait, en origine, d'après M. Blandin, qu'une sorte d'œdème compacte, résultat immédiat d'une lymphite chronique. Ces observations si judicieuses n'excluent pas, comme on le voit, l'existence d'autres lésions à la longue. Il est probable que tous les systèmes vasculaires du membre sont intéressés avec le temps, car on ne comprendrait pas tous ces désordres de compacité, de développement, sans un travail général morbide des artères et des veines. Les dissections anatomiques qu'on possède d'ailleurs sur cette maladie paraissent s'accorder avec cette manière de voir. L'on peut néanmoins se demander naturellement pourquoi l'éléphantiasis des Arabes ne se présente pas fréquemment dans nos climats, puisque l'érysipèle qui la produit, d'après Allard et M. Blandin, est si commune chez nous. On ne contestera pas la doctrine de M. Blandin sur la nature de l'érysipèle; mais on pourrait peut-être élever quelques doutes sur l'orthodoxie de cette doctrine appliquée à l'éléphantiasis. L'important, cependant, est que le traitement que l'on vient de rappeler réussisse.

AMPUTATION DE LA MACHOIRE INFÉRIEURE. — Une femme âgée de trente-six ans, constitution lymphatique, est entrée à l'hôpital il y a plusieurs mois pour un gonflement considérable de la moitié gauche de la mâchoire inférieure. Des abcès se sont formés, puis des fistules, et le stylet faisait sentir l'os à nu. M. Blandin a diagnostiqué une nécrose. Des cataplasmes émollients ont été appliqués, les fistules ont été débridées et l'on a attendu la séparation du sequestre pour prendre quelques mesures d'extraction. Le mal cependant est resté stationnaire; M. Blandin a alors pratiqué une incision, et il s'est assuré qu'indépendamment de la dénudation qui simulait une nécrose, il y avait une dégénérescence de l'os, probablement un ostéosarcome. Dès lors l'amputation a paru le seul moyen de salut. Le mal s'étendait depuis le menton jusqu'au-delà de l'angle du côté

gauche, remontant jusqu'à la moité de la branche ascendante ; il fallait donc enlever plus de la moitié de la mâchoire, puisque l'affection dépassait la symphyse et empiétait sur la portion horizontale de la moitié droite. Les parties molles était gonflées, dures et adhérentes sans cependant rien offrir de cancéreux. M. Blandin a opéré de la manière suivante.

Il a divisé verticalement la lèvre inférieure au niveau de la symphyse. Une seconde incision dirigée horizontalement a suivi le bord inférieur de l'os, s'étendant depuis la première jusqu'auprès de l'oreille. De là un grand lambeau que l'opérateur a disséqué de dedans en dehors, et rejeté en haut vers la joue, ce qui a mis de suite l'os à découvert. Des artères ont été liée à mesure qu'elles se présentaient. Le ténaculum a été préféré pour ces ligatures, attendu l'état induré des tissus qui entouraient les artères; cet instrument traversait horizontalement les parties sur le lieu du vaisseau, en comprenant celui-ci dans son passage comme on l'aurait fait avec une épingle, par exemple, et il soulevait ainsi en masse les tissus en attendant qu'on y passa un fil; on comprend que la pince aurait difficilement servi dans ces pincements délicats. Cette dissection effectuée, l'opérateur a cherché les deux limites de la maladie. Pour cela, il a exploré l'os en disséquant. En haut il n'a trouvé l'os sain que vers le milieu de la branche ascendante; là il a coupé parfaitement le périoste; on était très près de la carotide externe; de fortes branches ont dû être coupées et liées sur le champ. En bas, l'os a été trouvé malade sur la symphyse où la première incision avait porté; il a donc fallu disséquer la moitié droite de la lèvre et empiéter de quelques centimètres sur cette partie de la mâchoire; là le périoste a été pareillement divisé. Restait maintenant le second temps de l'opération, la section de l'os. M. Blandin y a procédé en commençant par la branche ascendante; il a passé dans cet endroit sous la mâchoire une sonde à résection, sorte de cathéter courbe, cannelé, qui est glissé de dehors en dedans, et vient sortir dans la bouche. Ce moyen embrasse l'os comme entre deux doigts et permet de le fixer, de le soulever, de le tirer dans tel ou tel sens suivant les besoins de la manœuvre. L'os a été divisé sur ce point à l'aide de l'ostéotome à mollette, modifié par M. Charrière. M. Blandin a préféré cette instrument, qui a coupé de dehors en dedans, à la scie à chenette qui aurait coupé de dedans en dehors. La seconde section, sur le menton, M. Blandin l'a pratiquée en un instant à l'aide d'une petite scie à main. Dès lors l'os a pu être ébranlé, il a fallu cependant revenir à deux reprises avec l'ostéotome pour compléter la section préauriculaire. Vient le troisième temps, l'ablation de l'os scié. L'opérateur a commencé par se mettre en garde contre la rétraction de la langue. Pour cela il a accroché avec une érigne double les tissus sublinguaux ou géniens qu'il a confié à un aide. Une spatule a été engagée dans la section mentonnière et agissant comme un lévier elle a fait basculer en avant et en haut le bout correspondant de l'os malade. Le chirurgien a coupé les tissus géniens et fait basculer d'avantage l'os à l'aide de la même spatule et des deux sondes à résection qui étaient restées vers les deux points sectionnés. La mobilité est devenu de plus en plus grande à mesure qu'on a coupé les tissus périphériques du plancher buccal. L'os a été ainsi détaché et enlevé. Plusieurs artères donnaient abondamment, elles ont été, les unes liées à l'aide du ténaculum ou de pinces, les autres tordues. On a régularisé les deux sections osseuses au moyen de grosses cisailles incisives.

On s'est alors trouvé en présence d'une plaie énorme vraiement effrayante. La langue soutenue par le crochet au milieu de cet antre buccal, saignant de toutes parts, le yeux couverts d'un bandeau, les lambeaux renversés, et les cris plaintifs inarticulés de la patiente ajoutaient à cette physionomie pénible que la main suprême de la science dominait cependant avec le calme impassible que donne la conviction de bien faire. La malade a soutenu tous les temps de cette longue et laborieuse opération avec un courage vraiment remarquable. Le pansement a été simple et facile quoique assez long lui-même. Il a fallu absterger le tout et réunir par première intention à l'aide de 15 à 18 points de suture une plaie considérable. Le point capital à signaler dans ce pansement est relatif à la précaution prise par M Blandin pour empêcher le retrait consécutif de la langue; elle consiste à saisir avec une des épingles, qui ont servi à réunir le bec-de-lièvre ou la fente verticale de la lèvre, les tissus sublinguaux qui étaient retenus par l'érigne dont nous avons parlé. De cette manière ces tissus doivent acquérir des adhérences avec la plaie elle-même, et empêcher même la rétraction secondaire de la langue signalée dernièrement par M. Bégin, sans empêcher les libres mouvements de l'organe. En d'autres termes, l'épingle remplace en ce moment les apophyses génis de la mâchoire enlevée, et après la cure le tissu inodulaire prendra la place du point de suture. Nous ferons connaître le résultat de cette belle opération.

— Il y a une si grande différence entre les descriptions didactiques, ou même, si l'on veut, entre l'exécution de cette opération sur le cadavre et l'application sur le vivant, surtout pour des maladies chroniques spontanées qu'aucun parallèle ne saurait être établi; il est impossible surtout de s'en former une idée exacte d'après les livres, quand il s'agit d'enlever une grande partie de la mâchoire comme dans le cas précédent. Enlever la portion symphysienne de cet os, démolir une partie plus ou moins grande de sa diaphyse, c'est une chose simple et facile, et c'est à cela qu'on a affaire le plus souvent; aussi, n'a t-on pas généralement l'idée d'une très grande opération dans cette ablation, ni d'une opération dangereuse, car, dans ces occurrences, les choses se passent simplement; mais le cas change tout à fait quand on se trouve dans les conditions que nous venons de décrire. Nous ne saurions comparer le fait dont il s'agit qu'à l'amputation coxo-fémorale. On trouvera peut-être exagérée cette comparaison; elle ne le sera point cependant aux yeux des chirurgiens qui ont pratiqué ou vu pratiquer l'une et l'autre. On s'illusionnerait grandement, si l'on croyait qu'une si grande ablation de la mâchoire n'offrît pas les plus grands dangers par la réaction qû'elle doit entraîner, soit du côté des voies pneumoniques, soit de celui de l'encéphale, en supposant d'ailleurs qu'il ne survienne pas d'hémorrhagie grave et que la constitution du patient fût assez forte pour résister à une pareille secousse. Qu'on ne prenne donc pas pour exemple, dans le pronostic, les grandes résections de la mâchoire pratiquée sur les champs de bataille, car les conditions sont bien différentes. Nous avons tenu à rapporter l'opération de M. Blandin avec de grands détails, parce qu'elle nous a semblé un modèle précieux à consulter, et par les circonstances remarquables qui l'accompagnent, et par l'exécution manuelle. Réussira-t-elle

maintenant comme remède? C'est là une autre question à laquelle nous pourrons probablement répondre dans le prochain numéro.

Faits divers. — 1° *Ulcères chroniques des jambes. Plan incliné.* Depuis que nous avons fait connaître les expériences que M. Gerdy venait de faire à la Charité, en traitant les ulcères des jambes par le seul plan incliné, M. Blandin a repris à son tour ce mode de traitement dans des cas dont l'étendue de l'ulcère était vraiment effrayante. Le résultat a été des plus satisfaisants, c'est-à-dire que des malades qui étaient depuis longtemps à l'hôpital conservant, malgré le repos au lit et l'usage des bandettes, leurs érosions ulcéreuses, ont vu leur mal s'améliorer et marcher à grand pas vers la guérison à l'aide du seul plan incliné et des bandelettes. M. Blandin emploie un simple coussin pour élever le pied et la jambe. M. Gerdy, de son côté, élève beaucoup plus le membre à l'aide d'une chaise placée sous les couvertures aux pieds du lit, renversée, comme on le prescrit dans le pansement de la fracture de la rotule, couverte d'un oreiller et d'une alèze; un cerceau couvre le pied, et d'autre part il relève le tronc à l'aide d'oreillers, de manière à faire rester le malade comme assis dans le lit. Ces deux pratiques un peu différentes entre elles, mais basées sur le même principe nous ont offert un véritable intérêt quant aux résultats à peu près identiques.

2° *Tumeur érectile. Incision sous-cutanée.* — Nous avons parlé dernièrement d'un malade porteur d'une tumeur érectile à la mâchoire inférieure, au-dessous de la lèvre et que M. Blandin avait opérée à l'aide de l'incision multiple sous-cutanée. Nous avions donné ce malade comme guéri; il paraissait l'être en effet, et M. Blandin le considérait comme tel. Le mal cependant à récidivé. M. Blandin vient de l'opérer une seconde fois d'après la même méthode. Nous en ferons connaître le résultat définitif.

3° *Monnaies avalées.* Une femme qui avait avalé plusieurs pièces de monnaie dans le but de se suicider (*V.* le dernier N°), après avoir éprouvé des symptômes divers est restée dans un état maladif assez équivoque sans avoir rendu aucun corps étranger en apparence, ni par en haut ni par en bas. L'on attend encore le dénouement définitif de ce cas, si intéressant à plusieurs égards.

Hôpital de la Charité (M. Velpeau).

Hydrarthrose au genou. *Cas remarquable.* — Une jeune femme souffrait d'une affection rhumatismale à un genou depuis trois mois et demi. L'articulation s'était fortement tuméfiée dans tous les sens, et la malade y accusait des douleurs continues. Au bout de ce temps, ne pouvant plus marcher elle s'est fait recevoir à la Charité. M. Velpeau a constaté une hydrarthrose considérable avec dégénérescence commençante des parties molles, comme dans la première période des arthrocaces ou tumeurs blanches. Deux cautères avaient déjà été appliqués sans résultat avantageux. M. Velpeau a mis en usage la compression méthodique, à l'aide de bandelettes collantes appliquées d'une manière croisée, en forme de spica et avec beaucoup de soin, depuis le quart supérieur de la jambe jusqu'au quart inférieur de la cuisse, un bandage roulé ordinaire a été appliqué dans le reste du membre. Ce seul moyen a fait disparaître le liquide presqu'en totalité dans l'espace d'une semaine. On a pu alors constater plus exactement l'état d'engorgement des parties molles, et l'on a continué le même appareil compressif. Peu de jours après, la femme était entièrement guérie, et sans ankylose. Cette malade est encore à la clinique en observation, comme un des exemples les plus remarquables de l'efficacité de cette méthode.

— D'autres malades ont été ou sont actuellement traités de la même affection par la même méthode, à la clinique de M. Velpeau, avec un résultat généralement avantageux. Il est intéressant de comparer les effets de la compression avec ceux de la méthode de M. Gimelle (tartre stibié à haute dose), qui guérit également l'hydrarthrose dans l'espace d'une à trois semaines. Il y a donc, dans les deux cas, non seulement absorption du liquide, mais encore cessation d'une nouvelle secrétion. On comprend parfaitement comment le tartre stibié produit ce double effet, en vertu de son action hyposthénisante vasculaire, ce qui combat la condition pathologique et ramène l'équilibre dans les fonctions de l'articulation; mais on ne s'explique pas aussi clairement le même effet produit par une action mécanique comme la compression. Quelques personnes, cependant, considèrent l'action de la compression comme antiphlogistique, par l'obstacle qu'elle oppose à l'abord des liquides dans la partie comprimée. Si cela est exact, cet effet serait lui-même dynamique en définitive, et l'on pourrait trouver une certaine identité entre les deux méthodes. On comprend de suite tout l'avantage qu'il y aurait de les combiner ou même de les substituer l'une à l'autre quand il y aurait intolérance pour l'une ou pour l'autre.

Maladies des yeux. — L'une des salles de M. Velpeau, celle des femmes, est presque entièrement affectée aux maladies des yeux. On y voit une foule de phlogoses oculaires diverses, surtout des blépharites et des kératites, et plusieurs cataractes opérées ou qui doivent être opérées. D'après le coup-d'œil, rapide, que nous avons pu jeter sur ces sujets, et les prescriptions formulées par le chirurgien, il nous a semblé que le principe dominant dans le traitement de toutes ces phlogoses était de nitrate d'argent, soit en collyre, soit en pommade, et le vésicatoire à la nuque. Du calomel, à la dose de deux à trois décigrammes, est prescrit à quelques-uns. Les collyres de nitrate d'argent sont dosés par gouttes, au nombre de 1, 2, 3, qu'on instille entre les paupières à chaque pansement. Autrefois, M. Velpeau était partisan du vésicatoire appliqué sur les paupières elles-mêmes, dans les ophthalmies aiguës et chroniques; nous n'avons vu, cette fois, aucun de ces sujets traités de la sorte, ce qui nous fait présumer que, se trouvant bien du nitrate d'argent, il a renoncé au vésicatoire. Un seul, parmi les ophthalmiques qui sont en ce moment à la clinique, nous a paru offrir des conditions particulièrement remarquables, c'est celui d'un homme atteint d'amaurose complète, avec synchysis et luxation spontanée du cristallin à l'œil droit. La lentille est affaissée et nage dans le corps vitré déliquescent; elle montre de temps en temps un petit bout de son disque, dans les mouvements de l'œil, et se laisse apercevoir comme une ombre, ce qui rappelle une éclipse lunaire vue dans son début (qu'on nous passe cette comparaison). M. Velpeau pense que le cristallin se montre ainsi comme une ombre un peu sombre, parce qu'il n'est probablement pas cataracté. Il est aussi possible que cet aspect tienne à ce que la cataracte est couverte d'une couche de vitrine dégénérée. Nous nous proposons de revenir avec détails sur la partie ophthalmique de la clinique de la Charité. Notre rôle, dans ces comptes-ren-

dus, est d'être généralement historien aussi fidèle que possible, et nous ne nous permettrons quelques réflexions, que lorsqu'il nous semblera utile pour la science de le faire. Les principes de thérapeutique dynamique vers lesquels nous marchons aujourd'hui en ophthalmologie, réclameront plus d'une fois, de notre part, quelques explications sans lesquelles on pourrait peut-être mal interpréter nos paroles.

Ablation des amygdales. *Remarques pratiques.* — A l'occasion d'une résection d'amygdales, que M. Velpeau a pratiqué aujourd'hui sur une jeune personne, il a fait faire une remarque importante concernant l'instrument à guillotine, qu'on appelle *tonsillitome ;* c'est que, quand les amygdales sont un peu enfoncées, cet instrument sert fort mal et ne coupe que le sommet seulement du corps hypertrophié. A cet inconvénient sérieux on peut en ajouter un autre : c'est que, chez les enfants dont les amygdales sont très grosses, l'anneau de l'instrument qui doit l'enchasser est trop grand pour l'écartement naturel de la région, il remplit très mal son office et met l'opérateur dans une sorte d'embarras. Une érigne simple, au contraire, et un bistouri boutonné remplissent beaucoup mieux les indications. L'érigne bien implantée tire l'amygdale d'arrière en avant, lui fait faire saillie, comprime la base de la langue et empêche de fermer la bouche; le chirurgien en est maître et coupe commodément l'amygdale en totalité. Le bouchon, dont on faisait usage autrefois pour tenir les mâchoires écartées, devient tout à fait inutile. M. Velpeau a fait voir sur la jeune personne présente l'exactitude de ces remarques; il a coupé d'un côté avec le tonsillitome et il n'a pu emporter que le sommet de la tumeur seulement, le reste étant enfoncé et ne pouvant être enlevé par l'instrument; de l'autre côté, il a opéré avec une petite érigne simple et un bistouri boutonné, et il a excisé en un clin-d'œil l'amygdale en totalité. Il résulte de ces observations que l'instrument à guillotine doit être réservé pour les sujets adultes et dont les amygdales sont bien saillantes; dans le cas contraire, le bistouri boutonné et l'érigne simple doivent être préférés.

Hôpital Saint-Louis (M. Jobert).

Blessure de l'artère radiale. *Pratique nouvelle.* — Un jeune homme a été blessé à l'avant-bras par un fer de rabot, précisément au niveau de l'articulation radio-carpienne, face pulmonaire. La lésion s'étendait obliquement de haut en bas et de dedans en dehors, depuis la ligne axuelle du membre jusqu'au bord externe du radius, offrant six centimètres environ de longueur. L'artère radiale avait été intéressée et donnait abondamment du sang. Bien que la plaie ne fût pas contuse, elle était boursouflée et n'offrait pas une belle apparence à l'entrée du malade, par l'effet sans doute de la réaction inflammatoire qui s'en était suivi; le sang continuait à couler, et il eût été difficile, si non dangereux, d'aller au milieu de pareilles conditions chercher les deux bouts de l'artère; dangereux et difficile non seulement à cause de l'état enflammé et boursouflé des tissus et de l'espèce de placement ou de mélange que les parties avaient dû subir par suite de ces antécédents, mais encore et surtout à cause de la proximité de la synoviale articulaire qu'on aurait pu aisément léser. Comprimer la plaie dans de pareilles conditions c'eût été une mauvaise pratique; ce moyen d'ailleurs n'avait pu arrêter le sang, et l'on sait qu'il a souvent échoué dans cette région. En conséquence, M. Jobert a pris le parti de lier les deux bouts du vaisseau, non dans la plaie même, mais en pratiquant deux petites plaies nouvelles au-dessus et au-dessous de la lésion. Inférieurement, il est allé chercher l'artère sur la face dorsale du poignet, précisément à la base du pouce, ou plutôt à l'endroit où le radiale se contourne pour passer sur le poignet, vers les premiers os du carpe et le bord interne du radius où on la sent battre parfaitement, précisément entre les tendons des muscles grand abducteur et long extenseur, dans la dépression qui existe entre eux et qu'on nomme tabatière. Cette petite plaie, de la longueur de trois à quatre centimètres, s'est trouvée ainsi dirigée vers le milieu de cet espace qui existe entre les métacarpiens du pouce et de l'indicateur. Au-dessus de la lésion primitive une petite plaie pareille a été pratiquée vers le quart inférieur de l'avant-bras, et l'artère a été liée aux deux endroits, ce qui a été prompt, net et sûr. Le sang s'est trouvé arrêté sur le champ et les plaies ont été réunies. Le lendemain cependant l'épidémie de pourriture qui régnait encore dans cet hôpital, bien qu'à un moindre degré, a frappé les trois plaies, ce qui s'est annoncé comme chez les autres malades par une vive douleur dans le membre; M. Jobert les a à l'instant touchées avec le nitrate acide de mercure et leur marche a été louable depuis. Peu de jours après ce malade était presque guéri, l'hémorrhagie ne s'étant pas reproduite, et les plaies ayant marché rapidement vers la guérison.

— L'idée capitale, dans cette pratique, et qui mérite l'attention des chirurgiens, c'est d'éviter les dangers de la recherche et la ligature de l'artère dans la plaie même dont les conditions étaient défavorables, à cause du voisinage de l'articulation et de son état dynamique, et de substituer une méthode qu'on pourrait appeler normale et sûre, à une méthode difficile et incertaine. M. Jobert avait déjà suivi cette conduite dans des cas analogues, et il s'en était parfaitement trouvé, et il y avait été conduit par des accidents qu'il avait observés en suivant la pratique généralement recommandée en pareilles occurences. On connaît des cas de mort ou qui ont nécessité l'amputation du membre à la suite d'une blessure peu importante en apparence de la radiale; c'est lorsqu'on a trop compté sur la compression ou sur une ligature des deux bouts de l'artère dans la plaie elle-même; il s'en est suivi soit la gangrène, soit un phlegmon diffus, soit une arthrite grave au poignet. Tandis que dans la pratique suivie par M. Jobert, tout se passe simplement, et l'on peut même obtenir une réunion par première intention. Dans des cas de blessure de l'arcade palmaire, ce praticien a lié avec succès la radiale et la cubitale à la fois, sans toucher à la plaie, et cela se comprend parfaitement. Ces observations offrent un très grand intérêt, non seulement comme faits cliniques isolés, mais encore et surtout comme exprimant un principe nouveau applicable à une multitude de cas difficiles de lésions traumatiques.

Arrachement du bras. *Amputation naturelle. Guérison.* — Une femme, âgée d'une quarantaine d'années, venait d'être employée dans une fabrique; elle a été occupée au travail d'une mécanique à carder du cordon. Etrangère à ce genre de travail, et ignorant les dangers de son inexpérience, elle a essayé d'enlever ou de placer avec ses mains, au lieu de se servir des outils destinés à cet office, une masse de coton sur une machine mue par la vapeur; sa main, son avant-bras, son bras, ont été en un clin d'œil broyés, dé-

chirés, arrachés, et c'est par un heureux ensemble de circonstances, qu'il est inutile de détailler ici, que son corps tout entier n'a été en même temps soumis au même écrasement broyant, affreux précipice auquel la pensée ne peut s'arrêter sans un horrible frémissement. Transportée sur le champ à l'hôpital Saint-Louis, cette malheureuse offrait un bras (côté droit) qui ne tenait plus que par un petit lambeau de peau; l'humérus avait été fracturé vers le quart supérieur, toutes les chairs de cette partie avaient été arrachées circulairement et inégalement; le petit lambeau qui le soutenait encore était en dedans, et comprenait les vaisseaux et les nerfs; mais l'artère brachiale avait été malheureusement coupée, elle était bouchée par un petit caillot mou et battait fortement au milieu des dégats; les nerfs étaient eux-mêmes intéressés, de sorte que qu'il était impossible de tenter une réunion. M. Jobert a donc tranché ce petit lambeau de peau et achevé ainsi l'amputation. Il eut été imprudent de laisser l'artère brachiale dans l'état où elle se présentait, car elle avait donné énormément de sang et son caillot n'offrait aucune sûreté; M. Jobert l'a donc liée avec un seul fil. Cette artère a été la seule liée, au reste, car le moignon ne donnait pas de sang par d'autres points. On s'est alors trouvé en présence d'une surface dont les chairs, déchirées inégalement, étaient protubérantes et cachaient l'os; la peau avait été divisée largement en zigzag et était rétractée derrière les muscles, mais un grand lambeau pendait en avant; M. Jobert s'est contenté de rapprocher, d'ajuster toutes ces parties sans rien couper, il a converti le fragment pendant de peau en lambeau commun, qu'il a réfléchi mollement de haut en bas et d'avant en arrière, jusqu'au point où il a pu couvrir les chairs; une grande partie des muscles cependant est restée nécessairement à découvert, mais couvrant parfaitement l'os auquel M. Jobert n'a point touché. La plaie a été couverte d'une calotte d'amadou mou enduit de cérat, de charpie par dessus, de quelques compresses longuettes et d'une bande. Ayant à craindre la pourriture régnante, M. Jobert a placé cette malade dans le point le mieux aéré de la salle et a pansé tous les jours la plaie avec un grand soin. Les choses ont parfaitement marché; cette malade, qui paraissait très abattue d'abord, à visage décomposé par la douleur et par la crainte, a repris du courage et de la force, la plaie a offert une suppuration louable, ses bords s'affaissent et se rapprochent, les chairs dénudées se couvrent d'un derme nouveau; aucun accident n'est survenu, et aujourd'hui, troisième semaine de l'accident, la malade est parfaitement et en pleine voie de guérison.

— M. Jobert a fait remarquer avec raison que la torsion spontanée de l'artère, qu'on avait signalée comme un fait constant dans les plaies par arrachement, ne s'est pas vérifiée dans ce cas, et il l'a vu manquer pareillement dans d'autres cas analogues. Aussi est-il important de ne pas trop se fier à ce fait, trop généralisé, d'après un petit nombre d'observations, et de s'assurer des gros vaisseaux, dans ces occurences, à l'aide de la ligature ordinaire, car des hémorrhagies surviennent aisément, sinon dans les premiers moments, à l'époque de la réaction. L'observation qu'on vient de lire en rappelle plusieurs autres analogues; M. Jobert y trouve de la ressemblance avec un cas de Lapeyronie, rapporté par Lafaye dans ses notes à Dionis; dans ce fait, il s'agit d'un homme qui avait eu le bras fendu par un coup de hache, il tenait encore par un lambeau de peau en dedans, mais heureusement les vaisseaux et nerfs principaux se trouvaient conservés dans ce lambeau; Lapeyronie a pu tenter la réunion, et le malade a guéri en conservant son membre. Les cas d'arrachement du bras dans l'épaule, avec l'omoplate lui-même, sont plus fréquents. Celui de Samuel Wood, rapporté par Belchier, dans les *Trans. phil.*, et traduit par Morand; celui de Delamotte (*Accouchements*, obs. 441), un troisième de Musset (*Journal des progrès*), se trouvent dans cette catégorie. Il est remarquable que ces arrachements ont été le plus souvent produits par des roues de moulin, et ils se sont presque toujours terminés par la guérison. « Ce qui distingue éminemment ces sortes de blessures, dit Dupuytren, c'est l'inégalité de leur surface, inégalité qui tient à la différence d'extensibilité de résistance et de rétraction des tissus divisés, parce que les mucles, tendons, nerfs, vaisseaux, sont divisés à une plus ou moins grande distance de la surface des plaies, que ces organes pendent à cette surface ou qu'ils en ont entièrement disparu. En général, leurs saillies principales se trouvent du côté de la partie arrachée, et les enfoncements du côté du moignon. » Quant à l'absence d'hémorrhagie, nous le répétons, il y a exagération; il suffit de lire attentivement les détails des cas que nous venons de rappeler, pour voir que le sang a coulé abondamment et qu'il ne s'est arrêté que par la syncope qui s'en est suivie. Au reste, on sait que la doctrine enseignée à l'égard de cette prétendue absence d'hémorrhagie, c'est que les deux tuniques internes de chaque artère se déchirent les premières dans la traction, la gaîne celluleuse résiste, s'allonge en forme de cône et se termine en pointe; le sang se coagule dans cet infudibulum allongé, et les choses se passent ou doivent se passer à peu près comme dans la torsion.

Amputation partielle du pied. *Procédé mixte.* — Un homme jeune portait une suppuration chronique à un pied, avec lésion organique des os. La lésion ne permettait pas d'opérer d'après le procédé de M. Lisfranc, et M. Jobert a trouvé qu'il pouvait obtenir quelque chose de mieux qu'un moignon à la Chopart; il a donc opéré d'après un procédé qui lui est propre et qu'il appelle *mixte*, parce qu'il est une combinaison de ces deux modes opératoires. On l'aura de suite compris en disant que le procédé de M. Jobert se propose de conserver le scaphoïde et le cuboïde, ou bien l'un ou l'autre de ces os si leur état le permet. Chez le malade en question le cuboïde seul a pu être conservé. M. Jobert a pour pratique de donner au lambeau inférieur la plus grande étendue possible afin de pouvoir laisser au lambeau supérieur peu de grandeur, assez cependant pour pouvoir être affronté sans tiraillement avec le précédent. Les lambeaux ont été effectivement très commodément réunis et soutenus par quelques points de suture; on a obtenu une réunion par première intention et le malade s'est trouvé promptement guéri.

— Le principe de laisser dans le pied, autant que possible, des parties osseuses et de n'enlever que juste ce qui est malade, se trouve parfaitement suivi dans le mode opératoire de M. Jobert, puisqu'il laisse plus de parties que le procédé de Chopart, lorsque

le procédé de M. Lisfranc ne peut être appliqué. Nous devons rappeler, à cette occasion, ce que nous avons établi dans l'article *Pied*, du *Dictionnaire des dictionnaires de médecine*, savoir que l'on ne doit pas craindre de considérer le pied comme composé d'un seul os et d'y porter, non seulement le couteau, mais même la scie, sur limite précise de la maladie, et de scier avec régularité sur une seule ligne, sans s'embarrasser de la direction des surfaces articulaires et des ligaments, car un couteau et une bonne scie ne diffèrent pas beaucoup dans leur action; de scier, disons-nous, soit en travers, soit en diagonale, soit obliquement ou dans un autre sens, ou bien encore angulairement, ou en croissant, selon les cas, toujours dans le but de conserver le plus possible de la charpente de cette partie si importante du corps. Des essais que nous avons faits dans le temps sur le cadavre, avec l'assistance de M. Baudens, et que nous avons répétés depuis, permettent d'adopter ce principe important, déjà émis par Béclard et accepté par MM. Cloquet et Baudens. Ceci, cependant n'est applicable qu'aux lésions traumatiques du pied et de la main; dans les lésions organiques spontanées, la désarticulation est la seule adoptable le plus souvent; le procédé de M. Jobert devient alors d'un heureux secours.

Hernie ombilicale étranglée. Opération. *Cas remarquable.*—Un homme, âgé de 44 ans, portait depuis vingt-sept ans une hernie au côté gauche de la cicatrice ombilicale. N'étant pas soutenue par un bandage, la tumeur était devenue irréductible. Depuis quelques jours, le patient y éprouvait des douleurs sans cause appréciable, puis des envies de vomir et des vomissements se sont déclarés. Il s'est fait recevoir à l'hôpital le quatrième jour du début de ces accidents. A l'examen, on trouve une tumeur du volume du poing d'un homme adulte, sans changement de couleur à la peau, bosselée, à base large et fixe, rénitente, peu douloureuse au toucher, ne diminuant pas par les manœuvres méthodiques de réduction: elle paraît formée tout à fait en dehors de la cicatrice ombilicale; les vomissements sont bilieux et se répètent toutes les deux, trois heures; pas de selles depuis deux jours, ventre un peu ballonné mais pas bien douloureux; physionomie calme, pouls assez bon. On propose l'opération, le malade la rejette. On fait une application de sangsues sur la tumeur. Le lendemain, les symptômes marchent énergiquement; vomissements fréquents de matières noirâtres, acides, avec odeur stercorale; physionomie et pouls un peu abattus; le malade se décide à l'opération; M. Jobert la pratique de la manière suivante: Il a fait une incision suivant l'axe vertical de la tumeur et dans toute l'étendue de cet axe; cette incision a été légère, peu profonde; il en a disséqué les bords avec une très grande précaution, d'abord dans une petite étendue, vers le milieu et en haut; il a divisé couche par couche les tissus, et il a pincé enfin le sac qu'il a ouvert. Le doigt a alors été introduit dans le sac, et, à l'aide de ciseaux, l'opérateur a élargi convenablement l'incision dans l'étendue de neuf à dix centimètres environ. Une masse d'épiploon s'est présentée, adhérent en partie aux parois du sac; le doigt porté à la racine de cette masse a senti un intestin, ainsi qu'on s'y attendait. Cet intestin paraissait fortement pincé dans l'ouverture de sortie; M. Jobert a glissé sur son doigt le bistouri herniaire, et pratiqué deux débridements en bas, précisément à l'endroit où l'intestin était engagé. L'anse intestinale, dégagée de la sorte, a été tirée doucement en dehors pour être examinée; elle était excessivement ecchymosée, noire, mais raide et sensible; sa couche péritonéale paraissait comme éraillée; le le point de l'étranglement de l'intestin était parfaitement reconnaissable par une dépression circulaire; M. Jobert pense que, sur ce point, les deux membranes internes devaient être coupées, ainsi qu'il l'a constaté par l'autopsie, dans d'autres cas. L'injection sanguine de l'intestin était si grande, que sa surface laissait échapper du sang, assez abondamment, par plusieurs points voisins du mésentère. Cet intestin a été lavé à grande eau fraîche, ainsi que la masse d'épiploon, foncé et moins saignant. Après ce lavage, un des vaisseaux saignants, assez gros, a été saisi avec une pince et tordu, mais le sang a continué à s'exsuder assez abondamment. Cela fait, on a essayé de réduire l'anse intestinale; comme on éprouvait quelque résistance, on a pratiqué un troisième et un quatrième petit débridement, dans la moitié supérieure de l'anneau. La réduction de l'intestin a été alors possible. L'épiploon, adhérant fortement dans le sac, a été ramassé dans cette poche séreuse et soutenu par le rapprochement léger des bords de la plaie. Du sang a paru alors s'écouler légèrement par l'angle inférieur de la plaie, provenant de l'intérieur du ventre, ce qui a fait présumer que non seulement la portion réduite de l'intestin, mais aussi quelques autres parties du même canal, qui devaient participer à la maladie, exhalaient probablement du même liquide. M. Jobert a favorisé cet écoulement externe par une disposition convenable de la plaie. On comprend que le sang ait de la tendance à se porter au-dehors sous l'influence de la réaction du mouvement respiratoire sur les viscères abdominaux; au reste, on sait que les épanchements de sang dans l'abdomen sont absorbés aisément. Après l'opération, on a prescrit une potion purgative (30 grammes d'huile de ricin), mais les envies de vomir persistant, on en a différé un peu l'administration.

—Quelle que soit l'issue de cette opération, le fait n'est pas moins intéressant à plusieurs égards. On a rarement occasion d'observer des hernies ombilicales étranglées, et la science n'en possède qu'un très petit nombre opérées avec succès chez l'adulte. Ce qu'il y a à craindre dans ces occurences, c'est la péritonite, et elle est d'autant plus redoutable dans les cas de ce genre, que l'épiploon resté au dehors, doit nécessairement s'enflammer et suppurer. M. Jobert avait formellement déclaré, et avec raison, qu'il ne voulait pratiquer qu'une petite incision; cependant une petite incision n'a pas ensuite paru suffisante, pour remplir toutes les indications de rigueur; il fallait en effet débrider convenablement, examiner l'état des viscères étranglés et se conduire en conséquence; aussi, une plaie assez large est devenue indispensable. Qu'en résultera-t-il? Il serait impossible de le dire, mais il ne faut pas se dissimuler que les cas de cette espèce sont beaucoup plus graves à l'ombilic qu'à l'aîne. Aussi, A. Cooper, avait-il dans quelques cas de hernie ombilicale, adopté pour pratique d'opérer, par une simple incision, vers le bord supérieur, sans ouvrir le sac qu'à peine sur ce point, et d'effectuer par là les débridements voulus, dans l'espoir d'éviter ainsi les effets de l'action de l'air sur le sac lui-même, sur les viscères irréductibles, et sur le péritoine. On sait que cette méthode avait été aussi recommandée pour les

hernies de l'aîne; nous l'avons vue mettre plusieurs fois en pratique, avec succès, dans des cas de hernie inguinale, par un des anciens chirurgiens les plus recommandables de l'hôpital des Incurables de Naples, Boccanera. Dans le cas de M. Jobert, cependant, une pareille conduite n'eût peut être pas été applicable, ni convenable, par la raison que la tumeur ne présentait pas un collet circonscrit, et l'on se serait créé des difficultés très grandes, au désavantage du malade, car comment réduire un intestin dont on ne connaissait ni la position, ni l'état, au milieu d'une masse adhérante d'épiploon? Telle qu'elle vient d'être décrite, l'opération est donc encore adoptable dans les cas pareils, malgré les dangers évidents qu'elle présente. Il faut convenir, néanmoins, que ce point de thérapeutique chirurgicale présente de grandes imperfections, et que de nouvelles recherches sont à désirer à cet égard.

Fistules urinaires périnéales. Autoplastie. — Un homme dont nous avons déjà parlé plus d'une fois, était à l'hôpital Saint-Louis, depuis quatorze ou seize mois, pour des fistules urinaires assez graves, qu'il portait au périnée. Des abcès avaient été ouverts dans cette région et traités d'après les règles de l'art. Ces fistules étaient au nombre de trois et placées à peu près sur la ligne raphéale, à une distance de trois à quatre centimètres l'une de l'autre, de manière à occuper toute la région médiane, depuis la racine du scrotum jusqu'à la marge de l'anus. La plus basse de ces fistules, celle qui avoisinait l'ouverture anale, laissait passer aisément une sonde élastique jusque dans la vessie; M. Jobert s'en est servi pour détourner par là les urines, à l'aide d'une sonde en permanence, dans l'espoir de guérir les deux fistules supérieures. Ce parti a été adopté lorsque tous les tissus étaient déjà bien dégorgés, et qu une sonde en permanence dans le canal naturel, avait été reconnue insuffisante pour la guérison. Ce détournement opéré, on a cru, pendant quelque temps, que les deux premières fistules étaient guéries ou allaient guérir; mais il n'en a rien été. A la longue, on a abandonné cette sonde périnéale comme inefficace, et l'on a tenté différents autres moyens, tels que l'incision commune de la portion externe des trois trajets, la cautérisation des trajets eux-mêmes avec le fer incandescent, aidés de la sonde en permanence par la voie naturelle, etc.; tout cela en pure perte. Le trajet de la fistule postérieure paraissait parfaitement organisé, nous voulons dire doublé d'une muqueuse accidentelle; les tissus ambiants étaient peu durs et parfaitement indolents; la peau périnéale était blanche et luisante comme le derme accidentel qui couvre les grandes pertes de substance; fatigué de cette longue tenacité du mal, le patient a réclamé des ressources plus efficaces; M. Jobert lui a pratiqué aujourd'hui l'opération suivante. — Il a circonscrit la ligne raphéale, et, par conséquent, les trois ouvertures fistuleuses, dans une plaie ovalaire formée par deux incisions semi-elliptiques, comprenant seulement toute la peau luisante et inélastique. Cette peau a été disséquée et enlevée. Il en est résulté une plaie de neuf à dix centimètres de long et cinq de large environ; les ouvertures fistuleuses paraissent alors plus larges, et manifestement pourvues chacune d'un canal muqueux, épais comme une urètre. A l'aide de pinces et de ciseaux, l'opérateur a saisi à plusieurs reprises, et excisé autant qu'il a pu de chacun de ces trajets muqueux, enlevé toutes les parties indurées des alentours; ensuite il a régularisé les bords de la plaie en changeant l'ovale en parallélogramme; enfin il a pratiqué une autoplastie d'après la méthode de Celse ou par glissement, comme on dit; c'est-à dire, il a disséqué l'un des côtés verticaux du parallélogramme, en avançant, avec le bistouri, vers la fesse, et obtenu ainsi un lambeau dermique qu'il a distendu et appliqué sur toute la brèche saignante, où il l'a fixé à l'aide de points de suture périphériques. Ainsi ce lambeau latéral a été distendu et cousu avec les trois autres côtés du parallélogramme, comme une porte qui vient fermer en s'adaptant exactement à une ouverture de même forme. Après cette suture, le lambeau ayant paru un peu trop tiraillé vers les lignes d'affrontement, M. Jobert a pratiqué, en dehors de sa base, une incision verticale qui a intéressé la peau et le tissu cellulaire, ce qui a produit une détente remarquable sur le lambeau. Un linge cératé a été appliqué sur cette incision. Le lambeau a été comprimé doucement à l'aide d un rond d'amadou, d'une couche de charpie, de compresses longuettes et d'une longue bande passée en 8 autour du périnée et de la racine des deux cuisses. Sonde en permanence par la verge. Nous ferons connaître le résultat de cette opération.

— On se croirait, de nos jours, plus avancé dans le traitement de ces sortes de fistules, qu'on l'était il y a trente ans. Sans doute qu'on est plus avancé, puisque voilà une pratique qu'on ne connaissait pas, ou du moins qu'on n'appliquait pas autrefois à ces maladies; mais la question est de savoir si l'on guérit aujourd'hui les cas de fistules de ce genre, qui résistent à l'usage de la sonde en permanence, enseigné par nos devanciers. L'issue de ce fait, répondra naturellement à la question. Ce que nous pouvons, en attendant établir, c'est qu'il existe encore de nos jours des fistules urinaires périnéales rebelles, comme il en existait autrefois, et cela conduit à se demander où est le progrès réel sur cette branche de la science. Quelque peu consolante, que la chose puisse paraître, le fait n'existe pas moins, et il est d'autant plus important à signaler, qu'en détruisant certains préjugés, on excite le zèle des chirurgiens capables, et l'art ne peut que gagner de leurs inspirations et de leurs tentatives bien calculées, comme celle dont nous venons de rendre compte.

Faits divers. — Plusieurs malades du service de M. Jobert, dont nous avons parlé dans les derniers comptes-rendus, sont sortis guéris; tels sont les divers cas de demi-ankylose du genou; celui de l'anévrisme poplité, un amputé de la cuisse, un cas de grenouillette, etc. Pour compléter le détails, nous devons ajouter que l'opéré de la fistule pénienne est sorti presque guéri; il lui restait seulement un très petit pertuis, extrêmement fin, à l'un des côtés du lambeau. L'autoplastie vésicale pratiquée chez une jeune femme, dans l'espoir de lui refaire le col détruit de la vessie, a échoué. L'opéré de la grenouillette, nous l'avons revu un mois après sa sortie; sa guérison se soutient parfaitement. Ce malade a été guéri en peu de jours.

1° *Tumeurs blanches guéries.*—Plusieurs cas de tumeurs blanches articulaires se trouvent en ce moment dans les salles de M. Jobert, grandement améliorés ou guéris, avec ou sans ankylose, à l'aide de frictions répétées de pommade au nitrate d'argent. Ce remède paraît agir comme un puissant hyposthénisant local.

2° *Coxarthrocace.* Deux ou trois cas d'affection grave de l'articulation coxo-fémorale, avec gonflement énorme et

douleur, vont très bien à l'aide de la même médication et de la fixation du membre au moyen de bandes, ainsi que le fait aussi M. Blandin.

3° *Strabisme.* — Dans deux cas de strabisme convergent M. Jobert a opéré à l'ordinaire; l'œil s'est tourné en dehors où il est resté (strabisme divergent). Il a plus tard coupé le droit externe. Chez l'un, l'œil s'est parfaitement redressé, par cette dernière opération; chez l'autre, il ne s'est redressé qu'à peine. Chez ce dernier, il a opéré une troisième fois sur le même muscle droit externe qu'il a disséqué jusqu'à sa partie postérieure, sans rien exciser, alors l'œil s'est parfaitement remis dans l'axe de l'orbite.

Hôpital de la Charité (M. GERDY).

GUÉRISON RADICALE DES HERNIES. — Dans le dernier n° nous avons parlé d'un cas de hernie inguinale simple que M. Gerdy se disposait à opérer d'après son procédé. Cette opération a été pratiquée il y a trois semaines en présence de la commission de l'Institut, et le résultat paraît, quant à présent, parfaitement satisfaisant. Voici le fait tel que M. Trifet, l'un des internes de M. Gerdy, a eu la bonté de rédiger pour les *Annal. de Thérap.* : « Joseph Cartille, âgé de dix-neuf ans, maçon, demeurant rue de la Tonnerie, n° 22, entre à l'hôpital le 19 mai 1844. Il porte une hernie inguinale oblique du côté droit, datant de quelques jours seulement et présentant les caractères suivants : la tumeur a le volume d'un œuf, elle s'arrête au niveau du cordon avec le testicule et se trouve séparée de cette glande par une sorte de collet; elle se réduit facilement; alors le doigt peut traverser le canal inguinal et arriver jusque dans la cavité abdominale; cependant le trajet n'est point très large, le doigt s'y trouve assez serré. Si après avoir réduit la hernie on fait faire un effort au malade, elle reparaît aussitôt. Le 12 mai dernier il montait une échelle, portant sur ses épaules une charge de plâtre, lorsqu'il ressentit dans l'aine une vive douleur qui l'obligea d'interrompre ses travaux et d'aller se mettre au lit. Un médecin appelé reconnut une hernie, la réduisit et fit appliquer dix sangsues le long du cordon et des cataplasmes. Dès lors les douleurs se calmèrent et le malade vint à l'hôpital pour se faire débarrasser de cette infirmité.

» Le 5 juin, après avoir pris la précaution de faire raser le pubis du malade et lui avoir administré un purgatif, M. Gerdy, en présence de MM. Magendie, Rayer et Velpeau, membres de la commission, et d'un grand nombre d'élèves, pratique l'opération par son procédé (invagination du scrotum). Le malade couché, le chirurgien réduit complétement les viscères herniés; puis il porte l'indicateur gauche sur la face antérieure du scrotum, refoule la peau de bas en haut jusque dans le canal inguinal, aussi loin que possible, en laissant en arrière le cordon spermatique. L'aiguille, armée d'un fil double, est alors dirigée sur l'indicateur jusqu'au fond de cet espèce de cul-de-sac, et, par un mouvement de bascule, on en fait sortir la pointe en avant de manière à traverser à la fois la peau retournée, la paroi antérieure du canal et la peau de la paroi abdominale. Dès lors le chef se montre en dehors; on tire une extrémité de la ligature qui demeure en dehors et on retire l'aiguille, sans dégager les fils qui la traversent. Elle est replongée, à travers les mêmes tissus, de manière à sortir à deux centimètres environ de la première issue, et l'on dégage la seconde extrémité du lien. Alors le cul-de-sac formé par la peau du scrotum retourné, est retenu, par une anse de fil, dans le canal où le doigt l'avait poussé. On dédouble les fils à l'extérieur, on lie ceux d'un côté sur un petit bout de bougie de deux centimètres de longueur, ceux de l'autre sur un second, en ayant soin de faire d'un côté une rosette, afin de pouvoir déserrer les fils, si cela devient nécessaire dans les premiers moments de l'opération. Les fils sont assez serrés pour maintenir les parties bien en contact, pas assez cependant pour faire souffrir le malade; l'opération est alors terminée. On a soin de soutenir les bourses avec un coussin; un autre coussin est placé sous les cuisses, afin de relâcher les parois abdominales. On applique, sur la région inguinale, des compresses imbibées d'eau froide, et on tient le malade à la diète. Le soir, il se trouve très bien, il n'éprouve aucune douleur, son pouls ne donne que soixante pulsations.

» Le 6, tout va très bien; le malade ne ressent aucune douleur. Cependant, en pressant sur les environs de la partie opérée, on remarque qu'il y a beaucoup de sensibilité autour des points de suture, et que cette sensibilité s'irradie à huit centimètres en dehors, dans la direction des fibres du muscle grand oblique; (25 sangsues, cataplasmes le soir); la sensibilité se propage d'avantage; il survient quelques légères coliques; le pouls donne cent pulsations; (on desserre légèrement les fils).— Le 7 au matin, rien de nouveau. Le soir, la suppuration est établie; le malade n'éprouve point de coliques, point de douleurs dans le ventre; les alentours de la partie opérée sont un peu douloureux, mais cette sensibilité ne s'étend qu'à deux ou trois centimètres. Le pouls donne cent pulsations. (On enlève complétement les fils). Le malade, depuis le jour de l'opération, a eu deux gardes-robes, une le 5 et l'autre le 7; on a pris la précaution de lui donner un bassin, et de ne pas lui laisser faire d'efforts qui puissent nuire à la guérison. — Le 8, on sent déjà un léger engorgement dans le canal inguinal; la suppuration est bien établie, le pus s'écoule par les deux piqûres abdominales et par le canal formé par l'invagination du scrotum; tout va parfaitement bien; point de fièvre, point de douleurs. — Les jours suivants, les choses continuent à suivre une marche favorable; la peau du scrotum abandonne de plus en plus l'anneau inguinal et revient à sa position primitive, laissant derrière elle une corde dure et non douloureuse à la pression, produite probablement par du tissu inodulaire, résultat de l'inflammation et de la suppuration. Cette corde commence à l'extrémité du scrotum invaginé, vers les points traversés par les fils, et remonte dans le canal inguinal, où on peut sentir une tuméfaction et un empâtement assez considérable.

« Depuis le jour de l'opération, on a toujours eu soin de recommander au malade de ne faire aucun effort, de ne point parler, crier, tousser, remuer, etc. Il n'a eu que des bouillons pour tout aliment; le 11, une portion; le 13, deux portions; le 17, trois portions.— Le 22, le malade est dans un état très satisfaisant. Le scrotum est complétement revenu dans sa position primitive; on n'y voit que le point traversé par le fil; on sent toujours la corde qui vient du canal inguinal. La région inguinale est tuméfiée, dure; le canal paraît obstrué par suite de l'inflammation suppurante. Comme il n'éprouve aucune douleur, que les parties ne sont plus sensibles, on commence à lui mettre un bandage herniaire qu'il devra porter quelques mois pour prévenir la récidive. »

— Comme opération, le résultat de ces manœuvres si ingénieuses et si simples ne laisse rien à désirer. Nous venons de revoir ce malade, et il est facile de s'assurer que le canal inguinal est complétement oblitéré, par un cordon de tissu inodulaire qu'on peut allonger et déplacer par un mouvement de va et vient, en tirant sur le scrotum; mais en sera-t-il de même de ce résultat comme remède? C'est là toute la question.

Or les faits que possèdent M. Gerdy répondent déjà, en grande partie, à l'attente des hommes de l'art ; pas d'accidents ordinairement, d'une part; guérison dans une certaine proportion, de l'autre. Les récidives seront toujours subordonnées aux conditions du canal, avant et après l'opération, à l'exactitude de l'exécution et aux précautions consécutives propres à assurer l'oblitération du trajet. Dire qu'il n'y aura jamais d'accidents sérieux, ce serait peut-être devancer l'expérience; mais on peut assurer que l'orage peut être conjuré, si l'on veut se donner la peine de surveiller le malade et de prendre les précautions qu'on vient de lire. La chose en vaut bien la peine, si l'on réfléchit que chez les jeunes gens, justement où l'opération est le mieux applicable, la hernie constitue une infirmité fâcheuse, susceptible de dangers d'un moment à l'autre, et qui compromet quelquefois tout un avenir ; nous connaissons des personnes qui se sont résignées à un triste célibat à cause de cette infirmité, et l'on connaît beaucoup d'exemples d'étranglements, survenus en voyage, par suite d'une rupture ou d'un relâchement du bandage.

Abcès phlegmoneux au cou. *Dénudation des vertèbres cervicales.* (Rédaction de M. Trifet, interne).—« Durauveuve (Louis), âgé de 29 ans, pâle, bouffi, d'assez mauvaise constitution, découpeur de métaux, entre à l'hôpital, le 15 juin. Il travaillait dans un endroit humide depuis plus de trois ans, et sa santé ne s'en était pas encore ressenti, lorsque, dans les premiers jours d'avril, il ressentit de la douleur dans le cou et de la difficulté à tourner la tête. Cet état alla toujours en croissant, et, au commencement de mai, il remarqua, du côté droit et postérieur du cou, un peu de gonflement accompagné d'un peu de rougeur, de chaleur, de douleur confuse et surtout de gêne à mouvoir la tête. Cet état ne l'effraya pas, car, dit-il, plusieurs ouvriers de son atelier présentent ces symptômes. Enfin, les accidents ayant toujours augmenté, il se décida à quitter son travail et à entrer à l'hôpital. — Le 16 juin, on remarque que tout le côté droit du cou est tendu, tuméfié, plus rouge et plus chaud que l'autre côté; le malade n'y ressent point de grandes douleurs, cependant il souffre quand on presse légèrement et surtout quand il veut tourner le cou. On ne sent point de fluctuation, mais, en palpant la tumeur, on croit reconnaître le frémissement et le battement qui dénote la présence d'un liquide placé profondément. D'après ces signes, et surtout d'après les renseignements que donne le malade, on croit pouvoir diagnostiquer un abcès du cou, produit par une cause rhumatismale. On enfonce au milieu de la tumeur un bistouri étroit; du pus séreux et mal lié s'écoule sur les côtés de la lame; alors on fait une ouverture assez large pour permettre au pus de sortir librement; on introduit une mèche au fond de la plaie. — Le 18, le doigt introduit dans l'abcès arrive jusque sur les apophyses transverses de la 5e ou 6e vertèbre cervicale, et fait reconnaître que la partie antérieure de cette apophyse est rugueuse et dénudée. Quelle est cette altération? Nous ne le savons pas encore. Quelle sera son issue? L'avenir nous l'apprendra. »

— On ne peut se dissimuler la gravité de cette affection si remarquable par sa cause présumée, par son développement rapide et par l'obscurité de son diagnostic. Le malade que nous avons examiné attentivement offre une sorte de torticolis, la tête étant inclinée du côté même de la tumeur, mais cet état n'est pas fixe, puisque la tête peut être redressée et portée dans tous les sens. L'ouverture de l'abcès n'offre que trois centimètres de diamètre environ ; elle donne libre issue au pus, et le petit doigt pénètre obliquement dans le foyer, à une profondeur de quatre à cinq centimètres, où il fait sentir les apophyses dénudées dans une assez grande étendue. Il nous a semblé, au toucher, qu'il s'agissait probablement d'une nécrose. M. Gerdy s'est assuré, en examinant le fond de la bouche, que la face antérieure de la colonne vertébrale ne présente aucune altération appréciable. En supposant que ce malade ne sera tôt ou tard pris de symptômes de méningite, de myélite spinale ou de compressions rachidiennes, il y aura toujours à craindre chez lui une ankylose du cou, avec ou sans torticolis incurable, par suite du travail exfoliatif. Cette observation offre un véritable intérêt, soit que le malade guérisse, soit qu'il succombe. Il est évident qu'il ne s'agit pas d'un abcès par congestion ordinaire, puisque le mal a offert les caractères du phlegmon idiopathique, bien qu'à la vérité les os aient été attaqués par le même travail, comme le sont les phalanges dans beaucoup de panaris; il s'agit, en effet, d'une sorte de panaris de la nuque chez ce malade. Nous reviendrons sur ce fait important.

Action remarquable de certains efforts. *Application à la chirurgie légale.* — M. Gerdy a observé souvent des malades se plaindre d'un gonflement aigu du cordon testiculaire, d'un engorgement inflammatoire de l'épidydyme ou des ganglions de l'aîne, survenu à l'occasion d'un effort pour soulever un lourd fardeau. Une douleur dans l'aine se déclare au moment de l'accident. On croirait avoir affaire d'abord à une hernie; c'est, en effet, ce qui a lieu le plus ordinairement. Un malade qui se trouve en ce moment dans une de ses salles, offre un exemple de ce cas. Il s'agit d'un homme âgé de 50 ans, terrassier, entré le 5 juin ; il assura n'avoir jamais eu de maladie vénérienne. Le 25 avril, il portait un lourd fardeau (un moulin à plâtre pesant 500 kil.), aidé de trois autres ouvriers ; il a dû faire un grand effort dans un moment où toute la charge a été abandonnée sur ses bras. A l'instant, il ressentit une vive douleur dans l'aîne, des bouffées de chaleur à la face et une congestion générale. Après s'être reposé quelques instants, il recommença son travail, et les jours suivants il s'aperçut que la douleur de l'aîne persévérait, que le testicule et le cordon devenaient brûlants et douloureux (expressions du patient), enfin il se fit recevoir à l'hôpital pour se faire soigner de ce qu'il appelait un effort. Un examen attentif a fait constater un gonflement du cordon et de l'épidydyme du côté gauche, accompagné de douleur, de chaleur, de tiraillement, de rougeur et de sentiment de plénitude. Pas d'écoulement urétral. On a appliqué 30 sangsues le long du canal inguinal, des cataplasmes, le repos au lit. L'état du malade s'est beaucoup amélioré dans l'espace de trois semaines, mais on sent encore l'épidydyme dur, engorgé, le canal déférent augmenté de volume. Ce malade va quitter l'hôpital.

— On ne comprend pas trop, au prime-abord, comment un effort peut produire un engorgement inflammatoire aigu des ganglions de l'aîne, du cordon spermatique, de l'épidydyme ou du testicule, plutôt qu'une hernie ou autre chose. Le fait cependant existe, puisque

M. Gerdy l'a observé plusieurs fois. Il est probable que la chose a lieu par le tiraillement, par l'espèce d'entorse que les parties délicates et sensibles de cette région éprouvent lorsque le tronc se trouve dans une certaine position pendant la synergie de l'action musculaire qui constitue l'effort. Il en résulte peut-être hernie, chez des sujets prédisposés à cette infirmité, lorsque cette convergence est tellement dirigée qu'elle réagit sur les viscères abdominaux et les pousse vers l'aine; mais tout cela n'est que conjectural, il faut s'en tenir au seul fait matériel qui pourrait même quelquefois se présenter dans une question de chirurgie légale. Nous ne sachons pas que les auteurs aient fait mention de ce mode de réaction traumatique pendant une manœuvre qu'on appelle un effort. Il importe, d'autre part, de ne pas s'en laisser imposer par le calcul, les préjugés ou l'ignorance, car une épidydymite, une ganglionite inguinale, un engorgement du cordon testiculaire se déclarent plus souvent à l'occasion d'une maladie vénérienne, d'une affection scrofuleuse, et plus souvent encore par l'effet de tubercules dans les cavités viscérales, d'après M. Ricord, et tout cela peut coïncider avec un effort musculaire qu'on accuse peut-être alors sans fondement. Disons enfin que les effets d'un effort général des muscles, doivent nécessairement varier selon les prédispositions de l'organisme; fort souvent c'est le cœur qui se rompt: il y a alors mort subite.

DOCUMENTS CHIRURGICAUX.

Otorrhée. — L'écoulement purulent par le conduit auditif constitue souvent, chez l'adulte surtout, une affection sérieuse. Outre que le mal peut se rattacher primitivement à une maladie des os, des méninges ou du cerveau (tubercules) et se terminer sûrement par la mort, le travail morbide, s'il est limité au conduit auditif externe, peut à la longue ulcérer, perforer la membrane tympanique, détruire l'oreille interne, occasioner une surdité incurable et se propager même quelquefois jusqu'aux os ou aux méninges. Il importe donc de s'assurer de la nature du mal et de l'attaquer de bonne heure. Dans un travail que vient de publier le docteur Wilde, de Dublin, l'auteur considère avec raison l'otorrhée externe simple comme l'analogue de l'ophthalmie purulente, du moins dans certains cas. Il a, comme à la conjonctive, rencontré dans le conduit auditif des granulations à la suite de ces écoulements. Cela se conçoit, puisque la blénorrhagie urétrale elle-même a été observée inoculée quelquefois dans le conduit de l'oreille (Desruelles, Malad. vénér., p. 473). Pour éclairer le diagnostic, M. Wilde commence par nettoyer l'oreille à l'aide d'eau tiède qu'il injecte avec précaution au moyen d'une sonde et d'une bouteille en caoutchouc, ce qui est préférable à l'usage de la seringue; puis il éclaire le conduit à l'aide d'un spéculum, etc. Si le siége de la sécrétion est borné dans le conduit externe, ainsi que cela a lieu le plus souvent, il l'attaque non par des instillations, ainsi qu'on l'avait conseillé jusqu'à présent, mais bien par des applications immédiates à l'aide d'un pinceau trempé dans une solution de nitrate d'argent. La solution qu'il a adoptée et qui lui a le mieux réussi se compose de 50 centig. de nitrate d'argent (10 grains) par 30 grammes (une once) d'eau de rose. Il *peint*, dit-il, les parois du canal tous les trois jours avec cette solution. Il instille en même temps, matin et soir, une solution de sulfate de zinc ou d'acétate de plomb qu'il laisse séjourner quelques minutes S'il y a des granulations, l'usage de la pierre infernale devient indispensable. Au reste, M. Wilde défend formellement à ces sortes de malades de boucher leur oreille avec du coton ou autre chose, ce moyen favorisant le séjour du pus, ce qui contribue à augmenter la maladie. Il veut que l'oreille reste tout à fait libre à l'air (London and Edimb. M. jour., mai 1844). On voit en ce moment, à la Charité, dans le service de M. Gerdy, un homme atteint d'otorrhée purulente idiopathique, chez lequel cette méthode, qui n'offre rien de neuf, au reste, pourrait être appliquée. Dans un travail manuscrit de M. le docteur Bonnafond sur les maladies de l'oreille, que nous avons sous les yeux, les mêmes principes sont professés quant à l'application du nitrate d'argent dans certains cas.

— Pessaire enclavé. — Une femme, âgée de 42 ans, ne pouvait plus uriner; la moindre démarche lui occasionait des douleurs vives dans le vagin, dans les cuisses et dans les fesses, quelquefois même des douleurs expulsives comme pour accoucher; elle était devenue maigre et jaune, avait des flueurs blanches abondantes et sanguinolentes, et avait dû enfin s'aliter comme atteinte d'une maladie organique de l'utérus. Le docteur Clay, de Manchester, l'ayant examinée a reconnu que tout cela tenait à la présence d'un pessaire en acier enclavé dans le vagin. L'utérus était gonflé et ulcéré, le museau de tanche oblitéré. Ce qui en avait imposé, c'est que le pessaire était partout couvert par un bourrelet de la muqueuse, excepté sur un point; le col utérin passait à travers l'ouverture du cerceau métallique. La femme s'est rappelée qu'elle portait un pessaire depuis huit ans, et qu'elle ne l'avait jamais ôté; ses souffrances avaient commencé depuis plusieurs années. Pour l'extraire, M. Clay s'est servi d'un speculum et d'un aiguille à l'aide de laquelle il a passé un cordon dans l'anneau du pessaire, et, par ce cordon, un fort ruban de fil. Tandis qu'un aide tirait, le chirurgien coupait les adhérences de la muqueuse, autour du pessaire, à l'aide d'un bistouri herniaire courbé. Guérison (*Médical Times*). On voit un cas analogue en ce moment à la clinique de M. Lisfranc.

— Prolapsus du rectum. — Il y a cette différence entre le prolapsus du rectum chez l'enfant et la même infirmité chez l'adulte, c'est que chez le premier le mal est simple, tandis que chez le second il est ordinairement compliqué d'hémorrhoïdes et de phlogose dans le tissu cellulaire du bassin. Chez l'enfant le prolapsus est facile parce que, d'une part, les membranes du rectum et le tissu cellulaire ambiant sont très mous, de l'autre, la prostate et les vésicules spermatiques et le reste des organes génitaux ne sont pas encore développé pour contribuer à la fixation du rectum; aussi, avec le temps, le prolapsus se guérit spontanément, surtout si on prend la précaution d'habituer les enfants à effectuer la fonction de la défécation sur un bassin; leur tronc étant presque horizontal. Des lotions répétées au périnée, avec un sel ferrique, sont d'un grand secours pour favoriser cette guérison. Chez l'adulte, l'excision de la muqueuse est souvent suivie de mort, par suite de la propagation de la phlogose dans le tissu cellulaire du bassin; cela arrive surtout chez les sujets adonnés aux boissons alcooliques; aussi doit-on considérer la méthode de Dupuytren comme une ressource des plus précieuses. Le séjour prolongé au lit fait disparaître les hémorrhoïdes, et, par cela même, le prolapsus du rectum (*Brodie, Med. Times.*)

TOXICOLOGIE.

—

Empoisonnement par le sublimé corrosif; *par M. J. Watson, médecin à l'Infirmerie royale de Glascow.*

M. Henry M'Donald, ouvrier cordonnier, âgé d'environ 35 ans, a été reçu, dans mon service, à l'infirmerie de Glascow, le 8 février 1844. Dans un accès d'ivresse et de colère il avait, la nuit précédente, avalé environ quatre grammes (1 gros) de sublimé corrosif. Il a déclaré qu'après avoir tenu le poison dans sa bouche quelques instants il l'avait craché, mais qu'une partie avait du être avalée. Aussitôt après l'accident, il avait été visité par un chirurgien qui lui avait fait prendre de l'émétique et du blanc d'œuf en quantité; on n'a pas employé la pompe stomacale. A son entrée il était très faible et épuisé; le pouls était petit et marquait 120; les mains et les pieds étaient froids et livides; ils éprouvait fréquemment de petits frissons; sa bouche était très gonflée, ses lèvres étaient de couleur pourpre, gonflées, tombantes, et laissaient échapper un flot continuel de salive. Le gosier, surtout à droite, et le côté droit du cou étaient très tuméfiés. Le malade se plaignait d'une douleur excessive et d'un sentiment de constriction le long de l'œsophage. L'épigastre et l'abdomen étaient généralement très douloureux; cet état augmentait un peu par la pression, mais ne s'accompagnait pas de tension ni de balonnement particuliers; soif intense, ténesme incessant, déjections de mucus sanguinolent; fréquentes envies d'uriner; l'urine sort par gouttes avec beaucoup de douleur, toux légère, respiration douce; pas de symptômes céphaliques; pupilles un peu plus contractées peut-être que de coutume. Prenez : lavement de térébenthine immédiatement; après son effet, un autre lavement féculent contenant quatre grammes de laudanum; ce dernier lavement à répéter aussi souvent que l'état du ténesme peut le réclamer. Deux heures plus tard, 30 grammes (une once) d'huile de ricin avec 40 gouttes de laudanum, le tout battu dans du mucilage mêlé avec un blanc d'œuf. Un vésicatoire à l'épigastre et des gargarismes avec une légère solution d'alun. Maintenir le corps chaud; des œufs et des fécules pour aliments.

Le 9, le pouls est à 88, fort, chaleur à la peau; langue sèche et rouge, mais pas chargée; bouche moins gonflée; gosier dans le même état qu'hier; persistance de la douleur avec constriction le long de l'œsophage, soif intense, vomissements; les matières vomies sont verdâtres et acides. Le malade a eu deux petites garde-robes naturelles, avec moins de ténesme après le lavement de térébenthine; la douleur à l'épigastre a disparu; l'abdomen est mou et supporte bien la pression; l'émission des urines, est plus libre et avec moins de douleur; la salivation a disparu; plus de fétidité mercurielle; intelligence nette, pas de mal à la tête, inappétence. Traitement *ut supra*, avec addition de 50 cent. de magnésie, à répéter. — Le 10, les vomissements continuent; quatre garde-robes de couleur naturelle; le pouls marque 84, fort; le malade se sent mieux; pas de douleur à l'épigastre ni dans l'abdomen, émission libre des urines; le gonflement des lèvres, du gosier et du cou a beaucoup diminué, ainsi que la douleur le long de l'œsophage; pas d'haleine mercurielle, les gencives sont gonflées, la face interne de la lèvre inférieure, de la joue, et les amygdales sont couvertes d'une légère exsudation lymphatique, l'épiderme est légèrement érosé au-dessous. — Suspendez la magnésie et les lavements de térébenthine; continuez le reste de la médication avec addition de trois gouttes d'acide hydrocyanique, toutes les trois heures, tant que les vomissements continuent. Pansez le vésicatoire avec de l'onguent suppurent. — Le 11, les vomissements sont plus violents depuis hier, hoquet incommode, plus de douleur ni de gonflement, pas de salivation ni de fétidité mercurielle, la bouche est plutôt sèche; soif intense, l'exsudation lymphatique se détache, le ténesme disparaît, garde-robes rougeâtres et glaireuses, l'urine est rendue avec quelque douleur pendant les garde-robes, pouls soixante-seize, bien mou, langue rougeâtre et claire, mais sèche, chaleur générale bonne, le vésicatoire ne suppure que difficilement; au total, le patient est évidemment plus faible. —Appliquez un autre vésicatoire à l'épigastre, 120 gram. de vin, le reste du traitement *ut supra*.— Le 12, le pouls est à 70, très petit et mou, le patient est de plus en plus faible; les vomissements et le hoquet continuent, garde-robes liquides mais aussi fréquentes, le ténesme est considérable par fois, l'urine n'est rendue qu'avec beaucoup de douleur, langue claire et plus humide, soif très grande, intelligence nette, pas de toux. — Donnez un lavement anodin avec 20 c. de poudre d'opium, au lieu de laudanum, à répéter après chaque seconde selle; 3 cent. de poudre d'opium par bouche toutes les quatre heures, tant que le vomissement continue; vin 180 gram.—Le 13, les vomissements, le hoquet et le ténesme ont disparu, mais le malade a des selles aqueuses, il ne se plaint que de faiblesse; intelligence nette, pupille naturelle, pouls soixante-quatre, plutôt plus dur qu'hier, le malade s'affaisse, il ne prend pas d'aliments, mais il boit le vin avec avidité; la surface du vésicatoire épigastrique est noire, comme gangréneuse. Vin et eau-de-vie, vésicatoire à l'épigastre, on continue les lavements. — Le 14, le malade continue à s'affaisser, mort.

Autopsie 36 heures après. Le cerveau et ses membranes sont sains; les poumons et le cœur pareillement, si ce n'est que le poumon paraît un peu congestionné. La membrane muqueuse de la trachée et des bronches paraît plus rouge qu'à l'état sain. Le foie, la vésicule biliaire, les reins et la vessie urinaire offrent l'apparence normale, à l'exception de cette dernière qui est très contractée sur elle-même, elle offre deux petites pattes très rouges à l'entrée de l'urètre. La plèvre et le péritoine ne présente rien d'anormal. Le canal alimentaire est ouvert dans toute son étendue. Les amygdales, surtout celle du côté droit, sont gangrénées. La surface de la langue est couverte d'une couche de matière exsudée lympathique, la même que celle que nous avons observée sur la face interne de la lèvre et de la joue; quelques filaments de cette fausse membrane s'étendent sur l'œsophage et se continuent par-ci par-là dans la longueur de cet organe, surtout inférieurement. Dans ce dernier point la membrane est plus ferme et plus adhérente. La face interne de l'estomac est plus ou moins injectée, surtout dans ses portions gauche et supérieure; on y rencontre beaucoup de mucus verdâtre, mais pas la moindre érosion. L'extrémité pylorique de l'estomac, le duodénum et le jéjunum, ne sont pas plus colorés que dans l'état naturel; mais l'iléum, surtout vers sa partie inférieure et le sac du cœcum, ainsi que tout le colon et le rectum sont fortement injectés et couverts d'une couche de mucus semblable à celle que nous avons rencontrée dans l'estomac. La membrane muqueuse de la partie inférieure du rectum est presque noire, mais pas ulcérée. On a recueilli soigneusement les matières trouvées dans l'estomac et dans les intestins supérieurs. Les dents sont fermes, les gencives pas ulcérées. La surface externe du corps n'offre rien d'extraordinaire. La surface du vésicatoire est couverte d'une escarrhe gangréneuse, noire comme si elle eût été faite par de la potasse caustique. L'analyse chimique n'a pu trouver la moindre trace de poison dans les matières rencontrée dans le canal alimentaire (*Lond. and Edimb., monthly jour. of med. sc.*, mai 1844).

Remarques du traducteur. — On n'a pas constaté chimiquement la présence du mercure chez ce sujet. C'est qu'on ne l'a pas cherché pour ainsi dire. On s'est contenté d'analyser la matière trouvée dans l'estomac et dans l'intestin ; mais on n'a pas analysé les organes : on ne s'est pas adressé au foie, où le poison se rencontre ordinairement. D'un autre côté, on n'a pas opéré sur les tissus de la bouche, où le poison avait séjourné au dire du malade, où il s'était fait une action chimique, où, en un mot, une partie du sel mercuriel avait dû s'infiltrer et séjourner. Au point de vue chimique, ou médico-légal, par conséquent, cette observation reste sans valeur. Il en est autrement au point de vue thérapeutique. Le malade a succombé le septième jour, avec tous les symptômes de l'hyposthénie franche, propres au sublimé, et tels que nous les avions signalés dans un autre n° de ce journal (t. I, p. 17, 95, 427), mais la médication suivie par M. Watson, est tellement mixte, tellement composée d'éléments à action contradictoire, qu'il est presque impossible de dire la part qu'a pris le traitement dans la marche de la maladie, et si même quelques-uns des médicaments énergiques qu'on a employés, tels que la térébenthine et l'acide hydrocyanique, qu'on a répétés si fréquemment, n'auraient pas sérieusement nui. Il est vrai que M. Watson donnait en même temps de l'opium et du vin, mais tout cela était anéanti, neutralisé, plus ou moins, par les autres remèdes de nature hyposthénisante, qu'il donnait en même temps ; de sorte que sa médication est restée sans effet, et pourtant nous avons la conviction profonde, que ce malade aurait pu être sauvé. Ce qui nous fait penser de la sorte, c'est que par les fortes doses d'opium qu'on a administrées d'abord, le pouls s'était relevé, les vomissements avaient cessé, la chaleur avait reparu ; la réaction salutaire, en un mot, avait été obtenue. Il s'agissait alors de la soutenir d'après les bons principes, et de la gouverner à l'aide de légers stimulants. Au lieu de cela, malheureusement, on s'est jeté dans les moyens hyposthénisants ; l'acide hydrocyanique, la magnésie, la térébenthine ; les vésicatoires cantharidés, ont été prodigués. Qu'en est-il résulté ? c'est que les bienfaits de l'opium ont été détruits, les accidents sont reparus exactement comme précédemment, et le malade a succombé en passant par tous les degrés de l'hyposthénie. On voit bien, néanmoins, que l'auteur avait voulu agir dans le but de stimuler l'organisme, de relever le rhythme des fonctions ; le principe de la médication était orthodoxe, mais malheureusement les moyens d'application l'ont dérouté, non par sa faute, mais par les idées inexactes qu'on professe communément sur l'action des remèdes. La térébenthine, en effet, est réputée un moyen stimulant, ainsi que l'acide hydrocyanique, et, en les prescrivant, M. Watson croyait produire une excitation, tandis que, c'est précisément l'effet dynamique opposé, qu'on détermine, et l'on agit ainsi à son insu, dans le sens même du poison, et, au lieu de secourir, on nuit ; car les cas les plus légers, les cas non mortels, sont ainsi aggravés par un surcroît d'hyposthénisation produite par la médication, et il en résulte des malheurs ; nous ne disons pas absolument, que tel était le cas que l'on vient de lire ; mais, quand on pense à un autre cas parfaitement pareil d'empoisonnement, par le sublimé que nous avons rapporté (t. I, p. 100), heureusement guéri à l'aide de véritables stimulants donnés à haute dose (eau de canelle laudanisée), l'on doit naturellement éprouver de profonds regrets, à la vue des idées erronées qu'on professe généralement sur le traitement des empoisonnements. On guérit ces accidents, non en donnant vingt médicaments à la fois d'action différente, mais bien, en formulant simplement, un ou deux remèdes bien choisis, d'après des principes certains. Peut-on jamais savoir ce que l'on fait autrement, quand on livre une bataille, très savante sans doute, mais fort incertaine, quant aux résultats, en prescrivant à la fois opium et térébenthine, laudanum et acide hydrocyanique, cantharides et magnésie, du gruau et du vin, etc., pour combattre une maladie que M. Watson avait parfaitement caractérisée de faiblesse ? Il est évident qu'on doit se perdre dans cet assaut de remèdes à actions différentes. Il est des médecins qui auraient commencé par poser des sangsues, pour combattre la douleur épigastrique, ainsi que cela s'est souvent pratiqué, ce qui aurait achevé plus promptement encore le malade.

C'est qu'on est dans l'égarement le plus déplorable en matière de toxicologie médicale ; on croit voir partout flammes et feu, dans l'action des poisons métalliques, parce qu'on ne s'est arrêté qu'à la seule action locale, en méconnaissant l'action dynamique, qui est la seule cause de la mort. L'on s'est livré à des hypothèses absurdes ; de là, des médications banales et ridicules. On a gorgé de suite de blancs d'œuf le malade, dont on vient de lire les détails ; qu'a-t-on obtenu ? Rien. Et cela devait être, nous l'avons démontré dans les articles cités. Donc, que sont-ils les préceptes de neutralisation de M. Orfila ? Rien autre que des rêves de laboratoire ? D'autre part, qu'a-t-on trouvé à l'autopsie du sujet ci-dessus ? Rien, que des injections veineuses passives, comme après les hyposthénies franches. Que sont-elles donc devenues, les prétendues inflammations, les ulcérations, les érosions, les perforations que l'on a attribuées à l'empoisonnement par le sublimé ? Vous le voyez, ce sont des savants de laboratoire, qui, n'ayant pas les notions anatomiques et pathologiques suffisantes, pour discerner le véritable état des choses, ont confondu les effets cadavériques qui se déclarent après la mort, avec la véritable action du poison ; de là, tant d'erreurs répandues, adoptées, accréditées aveuglément au détriment de la science et de la société. Il est temps enfin, que les médecins sortent de leur apathie en matière de toxicologie, qu'ils s'en occupent sérieusement, et qu'ils cessent de croire qu'on puisse produire autre chose que des erreurs dans les laboratoires, quand il s'agit d'applications thérapeuti-

ques. La toxicologie médicale, n'a été, jusqu'à présent, qu'une sorte de science batarde, véritable alchimie des temps modernes, par la raison que ceux qui s'en sont occupés n'étaient pas médecins. Tout empoisonnement est une maladie comme une autre, le clinicien seul est apte à la comprendre et à la traiter; Vous soignez bien une fièvre des marais, qui est aussi un empoisonnement; vous prescrivez des remèdes dynamiques divers, suivant l'état des organes, et vous en triomphez assez souvent; cependant, par une prévention inexplicable, quand il s'agit d'un empoisonnement d'une autre nature, les médecins se croient presque incompétents, ils ne croient plus alors qu'à la prétendue neutralisation chimique, ils appellent les pharmaciens et les chimistes à leurs secours, et ils tombent ainsi dans la même illusion que le vulgaire, qui s'imagine qu'il n'y a que les rebouteurs qui sachent guérir les fractures!

Empoisonnement par le sulfate de fer, *par M. Christison.* — On savait déjà, par les expériences de Smith, que le sulfate de fer était un poison chez les chiens, à l'instar de presque tous les sels métalliques, particulièrement sulfatés; mais on ne connaissait pas de mort dans notre espèce par l'action de ce poison. M. Christison vient d'en communiquer un exemple remarquable à la société médico-chirurgicale d'Édimbourg; le voici : un enfant âgé de quatre ans, étant mort dans des circonstances suspectes, l'autorité en a fait exhumer le cadavre et faire l'analyse, quatre mois après l'enterrement. Il paraît que cet enfant, qui était bien portant, avait été attaqué de violents vomissements et de purgations immédiatement après son déjeûner, et qu'il était mort brusquement dans le courant de l'après-midi du même jour. La personne accusée de ce meurtre avait acheté, quelque temps auparavant, du sulfate de cuivre et du sulfate de fer, et avait été vue chez elle mêler ensemble un liquide bleu avec de la soupe que l'enfant prit pour son déjeûner, et aussi donner à l'enfant, après la déclaration des accidents, à boire un liquide de couleur bleue, fait avec la dissolution d'un sel dans l'eau. On a naturellement soupçonné la présence du cuivre. MM. Dewar et James Dewar, de Dunferline, qui ont été chargés de l'autopsie, n'ont fixé leur présomption qu'à un composé de cuivre dans le canal alimentaire. L'analyse chimique, cependant, faite par ces messieurs, et répétée par M. Christison, n'a pas décélé un seul atôme de ce métal; mais elle a donné une énorme quantité de fer, en partie à l'état soluble, mais surtout à l'état insoluble dans l'eau. Ce dernier a paru résulter d'un sulfure de fer formé par la décomposition du sulfate, l'aide de l'hydrogène sulfuré et de l'ammoniaque, dégagés pendant la décomposition du cadavre par l'eau, qui avait dû agir sur le canal alimentaire, ce qui a donné aussi la présence d'une plus grande quantité d'acide sulfurique que les matières n'auraient dû contenir. Toute la membrane muqueuse, depuis la bouche jusqu'à l'anus, était fortement couverte d'une couche épaisse de mucus noir. Les tissus de l'estomac présentaient partout la même couleur. Du fer a été trouvé aussi abondamment sur les nombreuses taches noires qui souillaient les vêtements de l'enfant et sur un tablier porté par l'accusé. MM. Dewar ont fait quelques expériences sur des chiens et se sont assurés que huit grammes (deux gros) de sulfate de fer suffisaient pour tuer en quelques heures un de ces animaux, ainsi que M. Orfila l'avait établi après Smith. Il paraît donc certain que le sulfate de fer peut agir comme un poison mortel; et si le cadavre reste enseveli pendant quelques mois, le fer, comme l'arsenic, se convertit en sulfure, et la couleur des tissus qui le contiennent devient d'un noir foncé. Le procédé employé pour découvrir le fer a consisté à incinérer les matières (contenant et contenu), à agir sur le résidu avec de l'acide acétique à chaud, à ajouter un excès d'ammoniaque et à le soumettre à un courant d'hydrogène sulfuré. L'ammoniaque donne un précipité jaune de sesquioxyde de fer et ne rend pas le liquide bleu, s'il n'y a pas de cuivre. L'hydrogène sulfuré produit alors du sulfure de fer noir (*Lond. and Edimb. m. journ. of med. sc.*, mai 1844).

Remarques du traducteur. Cette observation est d'autant plus importante qu'elle est la seule que la science possède d'empoisonnement mortel par le sulfate de fer. On en connaissait déjà un autre cas, cité par M. Christison lui-même, dans son *Traité des poisons*, mais il ne s'était pas terminé par la mort. On pouvait s'attendre à cette force toxique de ce sel, vu la quantité considérable d'acide sulfurique qui entre dans sa composition, et les effets énergiques qu'on en obtient par de faibles doses en médecine; la question toxicologique cependant reste encore à étudier au double point de vue thérapeutique et médico-légal. Un certain embarras se présente sous ce dernier rapport, vu la quantité considérable de fer qui existe naturellement dans nos organes (*Voy.* Eaux min. en tête de ce numéro). Si l'on agissait chimiquement sur les organes même du cadavre, il est clair que des contestations sérieuses pourraient être élevées relativement à l'origine du fer obtenu, car les quantités normales ne sont pas connues et elles pourraient peut-être être variables. M. Christison lui-même n'a pas dit combien il a obtenu de ce métal dans le cas ci-dessus. Il est fâcheux que certains chimistes toxicologiques n'aient pas l'habitude de peser leurs produits; ils parlent par des à peu près, ce qui conduit à l'arbitraire ou aux *infiniments probables*, pour nous servir d'une phrase célèbre. La question que ce fait soulève est donc délicate et réclame quelques recherches soignées pour être complètement éclairées. Une circonstance importante à noter en attendant, c'est qu'il faut toujours des quantités considérables de sulfate de fer pour empoisonner mortellement un homme; on trouvera par conséquent toujours de grands restes de ce sel dans le tube intestinal pour l'extraire chimiquement; néanmoins, il ne faut pas se dissimuler que des difficultés sérieuses pourraient se présenter dans certains cas. Nous avons dit qu'il existait en Piémont une eau minérale ferréo-sulfatée toxique; cette eau contient assurément d'autres substances en même temps; comment peut-il, le chimiste, savoir quel a été le principe mortel administré, au milieu des produits divers qu'il a pu obtenir, s'il ignore le genre de composé vénéneux qu'on a donné? On prévoit déjà que d'autres difficultés pourraient s'élever encore, et c'est le moins qu'on s'en occupe quand il s'agit de questions qui touchent à l'honneur et à la vie des hommes. Nous voilà donc de nouveau en présence non de l'arsenic normal ni du cuivre normal, mais bien du fer normal. La question est presque entièrement neuve.

DOCUMENTS TOXICOLOGIQUES.

Intoxication chronique. — L'empoisonnement lent, qu'on observe indistinctement chez tous les ouvriers qui travaillent soit aux mines métalliques soit dans les fabriques où l'on manie des métaux volatils (plomb, mercure, etc.), prouve suffisamment l'erreur de la croyance où l'on est, que l'on peut s'habituer aux poisons. Lorsqu'on est dans un état parfait de santé on ne s'habitue pas à l'action de corps hétérogènes, quels qu'ils soient, laquelle tend à rompre l'équilibre fonctionnel qui constitue la santé, et ce qu'on a écrit sur Mithridate n'est qu'une pure fable, à moins qu'il n'eût une maladie chronique qui mît son organisme dans des conditions de tolérance ; mais alors il ne s'agit plus d'un effet d'habitude. Il suffit de faibles doses de poisons métalliques pour déranger la santé, ces faibles doses cependant, sont supportées jusqu'à un certain point et impunément pendant quelque temps, par une double raison : d'abord, parce que cette action n'a qu'une durée déterminée et est dissipée par les seules forces de l'organisme; ensuite parce que, dans l'état normal habituel, on prend des aliments et des boissons alcooliques qui stimulent l'organisme et neutralisent les effets du corps toxique. Un moment arrive cependant où le diséquilibre se déclare, et chaque nouvelle dose emmène une secousse nouvelle qui empiète de plus en plus sur les forces organiques ; c'est alors que commence une série de symptômes propres à l'empoisonnement lent et qui consiste dans une hyposthénie progressive avec prédominance des phénomènes propres à l'action élective du poison. En général, c'est une lassitude générale avec maigreur, véritable désassimilation asthénique, sorte de momification apyrétique, qui réagit dans toutes les fonctions, en particulier dans l'appareil encéphalo-rachidien; de là une série de phénomènes divers. Deux circonstances surtout sont remarquables dans cette étude; d'une part c'est l'absence absolue de fièvre ; de l'autre, c'est que les phénomènes de tous les empoisonnements lents se ressemblent à peu de chose près. L'affection appelée colique saturnine, nous offre tous les jours des exemples de la nature de ceux dont nous parlons. On en rencontrait autrefois tout aussi fréquemment dans la classe des doreurs. C'était vraiment pitié de voir ces sortes de malheureux en proie aux phénomènes d'une intoxication mercurielle, qui les conduisait au tombeau. « J'ai eu occasion de voir dernièrement un jeune doreur qui est mort après avoir été alité deux mois. Ce jeune homme, ne se préservant pas assez des vapeurs mercurielles qui s'exhalaient de ses ouvrages, tomba dans la cachexie : son visage devint pâle et cadavéreux ; ses yeux étaient gros, sa respiration difficile, son esprit aliéné, stupide, tout son corps languissant et paresseux; sa bouche se remplit d'ulcères puants, d'où découlaient sans cesse des flots d'une sanie du plus mauvais caractère. Il mourut cependant *sans aucune trace de chaleur fébrile*. Je fus fort étonné de ce phénomène, et je ne compris même pas comment avec une si grande putréfaction des humeurs il n'y avait aucuns symptômes de fièvre » (Ramazzini). On a écrit dernièrement que dans l'empoisonnement lent on ne trouverait pas de substance toxique dans les organes; c'est une erreur. Les dernières doses qui produisent la mort dans ces occurrences se trouvent, quoique petites, précisément dans les mêmes conditions relatives que les grandes doses dans l'empoisonnement aigu, car les organes déjà affaiblis se comportent envers les petites prises, comme les organes bien portants envers les grandes doses. C'est là un sujet digne d'une profonde méditation.

REVUE GÉNÉRALE.

Amaurose complète. *Guérison à l'aide d'un traitement dynamique.* — Une jeune femme de bonne constitution, âgée de 28 ans, venait d'accoucher heureusement pour la seconde fois, elle était convalescente lorsqu'elle a été obligée de reprendre la direction de sa maison et de s'exposer à l'action alternative de la chaleur de sa cuisine et du froid de sa cave, car elle était hôtesse de son état. Elle a été bientôt saisie de fièvre dite rhumatique (courbature), avec malaise général, douleur intense au côté gauche et antérieur de la tête, et à l'œil correspondant. On l'a saignée, on lui a donné des boissons rafraîchissantes, on l'a tenue à la diète; tout cela, cependant, n'a pas empêché l'œil gauche d'être promptement frappé de cécité. On a répété les saignées, donné des purgatifs, appliqué un vésicatoire à la nuque, sans le moindre avantage pour la vue; loin de là, l'autre œil s'est pris à son tour, et la femme est devenue complètement aveugle. Je l'ai vue, pour la première fois, le quarantième jour du début de sa maladie, je l'ai trouvée dans l'état suivant : pâleur extrême, pouls vide, mais raide, amaurose complète des deux côtés, absence absolue de la perception de la lumière, pupilles très dilatées et immobiles à l'action de la lumière vive du soleil; les yeux paraissent comme enchantés, morts, ils sont durs cependant au toucher, la malade y accuse des douleurs quand on les comprime; les douleurs qu'elle avait ressenties autrefois autour de l'orbite et dans l'œil avaient disparu. Appétit bon; ventre constipé, sommeil agité par un sentiment vague de chaleur à la tête; le pouls devenait fréquent la nuit. Par suite des conditions inflammatoires primitives de la maladie, de l'état du pouls, de la chaleur nocturne, etc., et, en outre, de l'état de dureté douloureuse de l'œil, il a été facile de comprendre qu'il s'agissait d'une amaurose hypersthénique, inflammatoire ou congestive, comme on dit. Nous ne nous sommes pas étonné de l'inefficacité des saignées répétées sur la vue, par la raison que ce moyen est souvent insuffisant dans les phlogoses des tissus à vascularité fine. En conséquence, nous avons prescrit des remèdes hyposthénisants vasculaires; le carbonate de fer, l'extrait d'aconit et l'hydriodate de potasse ont été préférés. Ce dernier remède avait surtout pour but de favoriser la résorption des matières qui auraient pu être secrétées sous l'influence de la phlogose. On a ajouté, tous les deux jours, une pilule d'aloës pour entretenir le corps libre. Régime alimentaire léger et préférablement végétal. Le fer et l'aconit ont été administrés à la dose de 80 centig, (16 grains) par jour et l'hydriodriate de potasse à la dose de 40 centig. Pendant les douze premiers jours de ce traitement, pas de changement en mieux; la malade, cependant, tolérait parfaitement les remèdes. Consécutivement, l'œil gauche, qui avait été attaqué le premier, a commencé à distinguer la lumière des ténèbres, tandis que le droit persistait dans l'état primitif et dans une cécité complète; la malade y accusait seulement une certaine sensation douloureuse qui s'exaspérait par le toucher; on applique une fois six sangsues, puis quatre autres à la tempe de ce côté; on ajoute des frictions périorbitaire avec une pommade strychnimée (20 centigram. (4 grains) de strychnine par 8 grammes (2 gros) de graisse); on consommait le quart par jour de cette pommade. Quelques jours après, l'œil droit pouvait, à son tour, distinguer la lumière des ténèbres. Cet

état a été progressif, d'abord à gauche, puis à droite, et la malade voyait déjà à se conduire le quarantième jour du traitement. Par la suite, la vue a fini par se rétablir entièrement des deux côtés. La malade cependant a été saisie, plus tard, de fièvre intermittente avec toux que nous avons combattue à l'aide du sulfate de quinine et de vésicatoires volants; mais la vue n'a point été altérée. Enfin, les règles sont reparues, et la santé générale s'est beaucoup améliorée à la campagne. Nous avons fait continuer, pendant quelque temps, l'usage de la pommade de strychnine. La guérison ne s'est pas démentie par la suite. (Docteur Mugna, Mem. della med. contemp.)

—Blennorrhagie chez la femme.— Dans un compte-rendu que vient de publier le docteur Asson, des malades traités à l'hôpital de Venise, pour les années 1839-42, on trouve les détails suivants, à l'article relatif aux femmes blennorhagiques. En regardant avec le speculum, on reconnaît, dit l'auteur que la muqueuse vaginale est rouge, injectée et couverte d'une quantité plus ou moins considérable de mucus ténu et adhérent. Quelquefois la phlogose était manifestement propagée jusqu'au col de l'utérus. Dans quelques cas, la muqueuse était parsemée de granulations rouges, plus ou moins développées. On avait cru que ce symptôme était caractéristique de l'infection blennorrhagique, mais on sait que toute muqueuse enflammée peut le présenter. Dans les cas les plus graves, nous avons trouvé les grandes lèvres gonflées, enflammées, œdématiées, excoriées à leur face interne et avec des concrétions fibrineuses. Chez les femmes qui entraient avec le mal déjà invétéré, nous avons trouvé la muqueuse vaginale souvent blanche, flasque, relâchée, laissant échapper des goutelettes de mucus blanc, opaque, de tous les points de sa surface; ce mucus était ténu, s'introduisait aisément dans le speculum et s'échappait au dehors. Il nous est arrivé plusieurs fois de vérifier l'observation de Monteggia, savoir que la quantité de matière morbide est beaucoup plus grande dans cette portion du vagin qui environne le col de l'utérus; chez plusieurs femmes qui se croyaient guéries, le speculum ne rencontrait que sur ce point seulement une sécrétion blennorrhagique. Il est à peine besoin de dire qu'à notre hôpital comme ailleurs, la blennorrhagie s'est présentée avec des complications, surtout de syphilis. Quant au traitement, l'expérience nous a appris, conformément à l'opinion de Monteggia et de Cirillo, et contrairement à l'assertion de Girtanner, que la blennorrhagie est plus tenace, plus difficile à guérir chez la femme que chez l'homme. Au début, ou durant la période aiguë, ce qui nous a réussi ce sont les remèdes antiphlogistiques, en particulier, les sangsues répétées; ce moyen est le seul qui nous a paru abréger notablement la durée de la maladie. L'usage des remèdes balsamiques combinés aux préparations ferrugineuses, l'emploi externe des injections vitriolées ou de décoction d'écorce de chêne, de ratanhia avec de l'alun, avec une forte solution de nitrate d'argent ou de sublimé corrosif, ont constamment échoué entre nos mains, et nous ne craignons pas d'avancer que les injections quelle qu'elles soient, restent sans puissance curative réelle dans la blennorrhagie chez la femme; cela tient probablement à ce que le liquide ne reste qu'à peine en contact avec la muqueuse. La seule chose qui nous a paru utile c'est le tamponnement du vagin avec de la charpie trempée dans une forte solution de sublimé corrosif à la dose de 5 à 10 centigr. par 30 grammes d'eau (1 à 2 grains par once). Le nitrate d'argent, appliqué de la manière suivante, nous a donnés de meilleurs résultats encore : on lave et l'on essuie bien d'abord la muqueuse vaginale; on introduit ensuite un speculum, et l'on porte un crayon de nitrate d'argent, engagé dans un tuyau de plume, on l'applique circulairement et rapidement d'arrière en avant, en retirant petit à petit le speculum, de manière à faire blanchir toute la muqueuse. Cette opération est répétée deux fois par semaine, et l'on obtient la guérison en quatre ou six cautérisations. Sur une femme qui n'était pas entrée dans la division des vérolées, nous avons observé au speculum la muqueuse rouge, injectée, avec des granulations et avec écoulement muqueux comme chez toutes les autres; les parties génitales externes étaient très saines; elle a protesté vivement contre tout soupçon d'infection, puisqu'aucune communication n'avait eu lieu, selon elle, et elle assurait que cet état de choses précédait toujours chez elle l'apparition des règles. Nous l'avons donc tenue en observation, sans rien faire. Effectivement les règles sont venues. Nous l'avons examinée après au speculum, et nous n'avons plus trouvé ni injection, ni granulations, ni écoulement. On voit, par là, combien il importe de prendre garde à trop hâter un jugement, dans ces occurences d'après une première inspection. Dans un autre cas, nous avons observé une éruption croûteuse à la face, chez une femme affectée de blennorrhagie simple, ce qui nous a obligé à prescrire les préparations mercurielles. Voici le fait (1) :

» Une jeune femme, âgée de 27 ans, a été reçue pour un écoulement blénnorrhagique. Les nymphes, surtout celle du côté gauche, et les caroncules myrtiformes sont gonflées et très développées. Du muco-pus est secrété en abondance aux alentours de l'ouverture vaginale; toute la muqueuse du vagin est arrosée par de la matière puriforme. La chaleur que la malade accuse est très intense. En conséquence nous avons commencé le traitement par une application de sangsues et des injections d'eau d'orge mêlée à de l'eau cohobée de laurier-cerise. En attendant la face s'est couverte d'une éruption de croûtes denses, dures, avec auréole rouge. Sur quelques points la croûte est entourée d'un bord ulcéreux. L'examen le plus attentif du vagin n'a pu faire découvrir la plus petite trace d'ulcération, ni ailleurs. Nous avons prescrit sur l'éruption des fomentations émollientes, et intérieurement l'usage du soufre avec de la magnésie. J'avais de la peine à admettre une affection syphilitique; la malade assurait d'ailleurs n'avoir jamais eu antérieurement de maladie vénérienne. Ce traitement a bien adouci l'affection éruptive puisqu'elle a cessé de s'étendre en largeur, mais elle gagnait en profondeur; la conjonctive oculaire elle-même participait à la maladie de la face, elle était enflammée. Nous avons alors eu recours aux pilules de sublimé et à un vésicatoire au bras. En peu de temps le mal de la face s'est dissipé, et la blénnorrhagie également (*Memoriale della medicina contemporanea*, mars 1844).

— Dermatoses syphilitiques. — On lit dans le même compte-rendu les observations suivantes. « Nous n'avons observé que quatre cas de syphilides dans la division des femmes vérolées. Deux présentaient aux grandes lèvres une éruption de papules, de la grosseur d'un grain de maïs (fromentone), de couleur entre le blanc et le gris, accompagnées d'un prurit intolérable. Chez l'une le mal était compliqué d'écoulement vaginal. Il est remarquable de voir avec quelle facilité extrême ces éruptions syphilitiques disparaissent

(1) Nous avons observé, nous-même, un cas pareil chez un jeune homme de bonne constitution. C'était la première infection qu'il avait, la blennorrhagie était simple; l'éruption croûteuse à la figure s'est déclarée une huitaine de jours après le début de l'écoulement. Les balsamiques seuls ont été employés, et la guérison a été prompte et durable (*N. du trad.*)

ordinairement sous l'usage externe du sublimé corrosif en fomentation. Ces applications ont de suite appaisé le prurit et fait aplatir les papules; la peau est devenue ensuite plus blanche sur ces points que dans le reste du corps, puis le mal a disparu tout à fait. Quelques unes de ces dermatoses ressemblaient quelquefois à une espèce de condylomes dits sous-cutanés. Chez une jeune personne, âgée de 14 ans, l'éruption s'est présentée sous forme de larges plaques saillantes et résultant de l'agrégation de plusieurs papules et végétations. Ces plaques existaient à la face interne des grandes lèvres, entouraient circulairement l'orifice vaginal, et s'étendaient jusqu'à la partie interne des fesses; leurs bords étaient irréguliers, taillés en forme de feuilles de lierre, et paraissaient résulter de plusieurs tubercules saillants. Les grands lèvres étaient rouges, tuméfiées, œdémateuses. Nous avons administré intérieurement les pilules de sublimé corrosif, et extérieurement, les frictions à la plante des pieds avec la pommade de Cirillo; sur la partie malade, des fomentations émollientes d'abord, puis avec une solution de sublimé. La guérison a été prompte. Dans un autre cas, la syphilide cutanée s'est présentée sous forme de tubercules rouges, durs, douloureux, aux grandes lèvres, entremêlées de vésicules à base rouge et saillante, avec écoulement vaginal et éruption de tubercules semblables sur la muqueuse du vagin. Cette malade a été soumise au même traitement, et elle éprouvait déjà une grande amélioration, lorsqu'elle a été prise de varioloïde, et renvoyée dans une salle de médecine, d'où elle est sortie guérie des deux maladies, en conservant, toutefois, un léger écoulement vaginal. Quelques mois plus tard, cependant, la malade est rentrée dans nos salles avec un ozène, des ulcérations à la gorge, et gonflement notable au lobe et aux ailes du nez; nous l'avons soumise au même traitement; mais une fièvre aiguë s'est déclarée avec céphalalgie, vomissement opiniâtre et diarrhée, puis un érysipèle à la mamelle et à la face. Dans ces entrefaites, la syphilide a reparu aux parties génitales. Elle a fini par guérir. Dans les salles des hommes, les syphilides ont offert à peu près les mêmes formes. Le cas le plus remarquable a été celui d'une goutte-rose combinée avec un cancer syphilitique. La solution du sublimé corrosif, localement et intérieurement a arrêté les progrès de l'ulcère et commencé la cicatrisation. Restait la goutte-rose, sous forme de papules et de boutons entourés d'une auréole rouge et relevée. Toutes les auréoles réunies produisaient une rougeur turgescente et difforme. Ce malade a voulu sortir avant d'être guéri, mais quelques mois plus tard il est revenu; il a été traité avec l'hydriodate de potasse à fortes doses, et très bien guéri. Chez un autre, la goutte-rose syphilitique résultait de plaques rouges éparses à la figure, avec hyperthrophie de la peau, sans reliefs pustuleux ni papuleux; le mal était ancien; il a guéri à l'aide du sublimé *intus et extra*.

« Les conclusions les plus générales qui découlent de nos observations, chez les vérolés, sont : 1° que la méthode antiphlogistique simple ne suffit pas pour la guérison des formes locales ou générales de la syphilis; 2° que chez les individus qui ne tolèrent pas les mercuriaux aux doses convenables et chez lesquels on ne peut en administrer que de petites doses à cause du ptyalisme, des nausées ou des vomissements, les affections syphilitiques non seulement sont plus obstinées, mais encore récidivent aisément; 3° que l'hydriodate de potasse n'est pas utile dans la syphilis primitive, où cependant les préparations mercurielles sont avantageuses, mais il est d'un secours précieux dans la syphilis consécutive, comme dans les douleurs ostéocopes, dans les exostoses, dans l'angine syphilitique, dans les ulcères à la gorge, dans les syphilides; il nous a souvent, dans ces cas, réussi beaucoup mieux que les préparations mercurielles, il est mieux toléré et n'est pas suivi des inconvénients propres au mercure. La forme la plus difficile à guérir, dans notre hôpital, a été l'ulcération à la gorge, surtout chez les femmes » (*Ibid.*).

Syphilis congénitale, par M. W. Campbell, *médecin accoucheur à la Maternité d'Édimbourg*. — En 1823, j'ai été mandé pour assister Mme C..., épouse d'un de nos confrères, qui était en travail de son second enfant. Sa grossesse n'était que de six mois; elle a fait un enfant qui a vécu seulement huit heures. Il n'offrait rien de maladif, et son developpement paraissait normal. On n'a su trouver aucune cause à cet avortement; on m'a fait seulement remarquer que l'accouchement précédent avait été également prématuré, et que l'enfant n'avait vécu que quelques heures. En 1824, j'ai assisté la même dame en couche. La grossesse était au septième mois. L'enfant est venu mort; il était putréfié et avait dû succomber depuis une dixaine de jours environ. Après ces malheurs, je me suis livré à une enquête. Le mari était un jeune médecin qui, six mois avant son mariage, avait contracté la vérole; il s'était traité et s'était cru guéri en se mariant. Il se portait bien cependant actuellement, ainsi que sa femme. Comme mesure de précaution, j'ai fait soumettre le mari à un traitement mercuriel, jusqu'à la salivation, et sa femme a pris également pendant onze jours un grain de calomel, ce qui a affecté fortement les gensives. Plus tard, elle est devenue de nouveau enceinte, a porté sa grossesse à terme et est accouchée heureusement d'un enfant vivant et bien portant. — En 1843, j'ai été consulté par une dame de la campagne, enceinte pour la quatrième fois. Sa grossesse était au troisième mois. Son premier enfant était venu au huitième mois; il était délicat et a vécu onze jours. Cette grossesse s'était accompagnée d'une quantité considérable de liqueur amniotique. Son second accouchement avait eu lieu au septième mois; l'enfant a survécu seulement une heure et demie. Son troisième accouchement s'est effectué au sixième mois; l'enfant est venu putréfié. Un examen minutieux m'a appris que cette dame n'avait jamais éprouvé de symptômes syphilitiques. J'ai donc interrogé le mari, et j'ai trouvé que, vingt-trois ans auparavant, savoir dix-sept ans avant le mariage, il avait eu plusieurs fois la vérole; son mal n'avait jamais été guéri complétement. J'ai soumis ce monsieur à un traitement mercuriel, jusqu'à salivation; mais je n'ai pas osé d'abord prescrire un traitement pareil à sa femme, crainte de la faire avorter. Réfléchissant cependant que, dans trois grossesses successives, elle avait avorté, que le fœtus était, en dernier lieu, venu mort, et que la médication offrait quelque chance favorable, je m'y suis déterminé; je l'ai mercurialisée doucement et fait saliver deux fois. La grossesse a bien marché jusqu'au septième mois; alors, des craintes d'avortement se sont déclarées: saignées, petites doses de morphine. Au huitième mois, elle est accouchée d'une petite fille vivante et bien portante. J'ai souvent rencontré des cas de même espèce, et un examen approfondi m'a fait voir que le vice syphilitique remontait aux parents de la jeune femme.

Le mal, dans ces occurrences, paraît porter atteinte à la vésicule de Graaf. Nous ne savons pas, au reste, comment la syphilis se transmet des parents au fœtus, pas plus que nous ne savons comment se transmettent les traits de la physionomie, certaines dispositions de l'intelligence, la scrofule, la goutte, la phthisie, le cancer, les doigts surnuméraires, etc. Dans quelques cas les fœtus, atteints de syphilis, arrivent à terme et semblent bien portants à la naissance et pendant quelques semaines après, mais cela est rare; généralement il y a avortement, l'enfant étant

chétif ou mort dans l'utérus avant terme. Il est remarquable que plus les grossesses se multiplient dans ces occurrences, plus le fœtus est affecté à une époque voisine de la conception. Dans quelques cas le contraire a lieu, l'époque de l'avortement s'éloignant de plus en plus. En 1823, un de mes élèves a accouché une femme de deux jumeaux, dont l'un est venu mort, l'autre bien portant; les parents ont été quelque temps apres pris de symptômes de vérole secondaire. On dirait que là le mal ne s'était déchargé que sur un seul enfant. J'ai souvent vu des enfants vérolés infecter leur nourrice. Dans un de ces cas, l'enfant portait des ulcères à la bouche qu'il a inoculés au sein de sa nourrice.

Chez les enfants nouveau-nés la syphilis se montre sous différentes formes. Les uns semblent bien portants d'abord, puis, quelques jours ou semaines après, les membres inférieurs paraissent marbrés, et si la maladie n'est pas bien reconnue et traitée de suite, des convulsions surviennent et l'enfant succombe, sans présenter d'autres marques de vérole. Les autres sont imparfaitement développés, offrent les apparences de vieillards en miniature, un aspect jaune et émacié, de larges pustules sur le corps, des ulcères aux lèvres et aux angles de la bouche, une voix rauque. Les pustules sont plates ou proéminentes, suppurent promptement, se dessèchent sans crever et se convertissent en croûtes noires. A moins d'être de suite secourus, ces enfants périssent promptement. Dans une troisième catégorie, la syphilis se montre au moment même de la naissance; c'est le cas le plus fréquent. Les parties génitales offrent des excoriations étendues; puis des squammes cuivrées et des vésicules se montrent aux fesses, aux pieds, dans d'autres points des membres pelviens et même à l'ombilic et aux aines; tout le corps se couvre ensuite de taches livides, de croûtes qui, au cou, s'exfolient, tandis que dans le reste du corps elles restent humides. Consécutivement les muqueuses intérieures s'affectent, les yeux, le nez, la bouche, les canaux des organes urinaires également. Je préfère généralement le calomel à toute autre préparation mercurielle chez ces sortes d'enfants. Je le donne directement et je ne me contente pas de l'administrer à la nourrice. J'emploie aussi les frictions chez ces enfants. La dose de calomel est d'un quart de grain pendant trois semaines (*Nothern journal of medecine*, et *Lond. and Ed. m. j.* juin).

Pannus de la cornée. *Inoculation blénnorrhagique.* — Nous avons parlé à deux reprises différentes de la nouvelle méthode employée récemment avec un certain succès dans quelques pays de l'Allemagne, de l'Angleterre et de l'Italie contre cette affection si redoutable des yeux qu'on appelle pannus. Cette méthode consiste à inoculer le mucopus de la gonorrhée sur les yeux, dans des cas tout à fait désespérés où la cécité est complète et où les autres ressources ont échoué. Quelque étrange que cette méthode puisse paraître *a priori*, elle compte aujourd'hui quelques succès assez remarquables pour mériter l'attention des chirurgiens. Voici un nouveau fait que publie le docteur R. Dudgeon, de Liverpool. Il s'agit d'une jeune personne âgée de vingt-un ans, petite, sanguine, qui était, depuis plusieurs années, aveugle par suite d'une ophthalmie granuleuse qui avait envahi les paupières et les globes oculaires. Les cornées étaient très vascularisées, opaques, à surface irrégulière, surtout dans leurs hémisphères supérieurs. La conjonctive palpébro-oculaire était couverte de granulations: légère photophobie, chorée palpébrale. La santé générale est assez bonne. Tous les traitements ordinaires avaient été épuisés en pure perte. L'auteur a pris la matière d'un œil atteint d'ophthalmie purulente chez un enfant, et l'a appliquée entre les paupières de sa malade, au côté droit.

Pas d'effet notable jusqu'au troisième jour; alors la malade a commencé à éprouver de la douleur, puis les paupières se sont énormément gonflées et sont devenues rouges; secrétion séro-purulente très abondante. On ne peut encore observer l'état de l'œil. On applique trois sangsues autour de l'œil, qu'on laisse saigner abondamment. Sel d'epsom, petites doses de tartre stibié, diète. On conduit ainsi l'inflammation, de jour en jour, à l'ordinaire. Le cinquième jour, le chémosis est intense, excision du bourrelet, la cornée n'est pas visible. L'autre œil n'est pas affecté. Collyre de nitrate d'argent. On répète les sangsues tous les jours. Le 13e jour, l'autre œil se prend spontanément; la malade ne croit pas avoir inoculé la matière avec ses doigts, à cet œil. La phlogose, de ce côté, est moins prononcée; on la traite comme l'autre. Les symptômes se sont, petit à petit, dissipés. Un mois après, elle pouvait ouvrir les yeux et supporter la lumière; le pannus de l'œil droit avait entièrement disparu, mais sa surface est toujours irrégulière; la cornée gauche est éclaircie en partie; les sclérotiques ont repris leur blancheur naturelle; quelques granulations existent encore vers les angles des paupières, et la malade voit très bien pour lire des caractères de volume moyen. On a combattu les granulations, et la vue de la malade s'est de plus en plus améliorée; elle voit si bien qu'elle peut travailler à l'aiguille. Nous omettons les détails du traitement de l'ophthalmie, que l'auteur rapporte jour par jour, car ils n'offrent rien de particulier. Ce qu'il importe de connaître et d'apprécier, c'est le résultat; on le comprend, jusqu'à un certain point, en se rappelant qu'il est des phlogoses chroniques qui ont besoin de passer à l'état aigu pour guérir » (*Ibid.*).

Correspondance.

Céphalotripsie. — *Compte-rendu de 14 opérations, dont 12 ont été suivies de succès; par M. le docteur* L. Baudelocque. — J'ai été appelé jusqu'à présent dix-sept fois à pratiquer la céphalotripsie. Dans trois cas, les femmes étaient mourantes, l'une *d'épuisement du système nerveux*, parce que le travail avait duré trop longtemps, et l'autre *d'une rupture de l'utérus*, qui avait été produite par le forceps ordinaire. La première de ces deux femmes avait un bassin de deux pouces trois quarts; le bassin de la seconde n'avait pas plus de deux pouces et un quart, et cependant malgré l'étroitesse remarquable de ce bassin, l'extraction du fœtus n'a pas duré dix minutes. Le bassin de la troisième n'avait pas deux pouces trois quarts; la tête était au-dessus du détroit supérieur; depuis vingt-quatre heures on avait employé inutilement le forceps; diverses manœuvres avaient été faites, au moins pendant quatre heures, avant que j'eusse été demandé : *la femme était dans un état fort grave :* je fis l'application du céphalotribe, qui ne dura pas dix minutes; je ne pus revoir cette femme que le surlendemain, je lui fis alors une abondante saignée, parce qu'elle avait une métro-péritonite, et je l'envoyai sur-le-champ à l'hôpital, parce qu'il était impossible de la soigner chez elle; j'ignore quel a été son sort. Je ne fais pas entrer ces trois femmes en ligne de compte.

Restent quatorze femmes, dont quatre avaient un bassin de *deux pouces et demi* au plus, et les autres un bassin de *deux pouces trois quarts*. Quant à la présentation du fœtus, l'ovale supérieur de la tête s'est présenté onze fois, les pieds deux fois, et la face une fois. De ces quatorze femmes, j'en ai perdu deux, l'une de *métrite aiguë*, six

jours après l'accouchement, et l'autre deux mois après, d'*entérite chronique*. A l'ouverture du cadavre de cette dernière, les médecins présents ont reconnu que les organes génitaux étaient alors parfaitement guéris.

Quant à la durée de l'opération, elle a varié depuis *six* jusqu'à *vingt* minutes, dans les cas mêmes où le bassin n'avait que deux pouces et demi ; en comprenant, dans cet espace de temps, celui qui a été employé à disposer le lit, les acides, etc. ; une seule fois, l'extraction du fœtus par la céphalotripsie et la version a duré une heure environ, à cause du volume du fœtus, qui pesait au moins six kilos. L'expérience m'a prouvé que, lors même que le bassin n'a que deux pouces et demi, l'opération est prompte et facile pour deux raisons, d'abord parce que les femmes qui sont rachitiques, font des enfants qui ne pèsent pas plus de trois kilos, tandis que les femmes qui ont un bassin régulier, mais petit, étant en général vigoureuses, font des enfants très gros; or, leur extraction est bien plus difficile, quoique le bassin ait quelques lignes de plus, et ensuite parce que l'ossification des enfants des femmes rachitiques est bien moins solide que celle des enfants dont les mères ne le sont pas. Ces deux vérités sont incontestables.

On a fait quelques objections à la céphalotripsie, je vais les examiner.

Première objection : *Allongement de quelques-uns des diamètres de la tête*. De ceux des diamètres de la tête sur lesquels le céphalotribe n'agit pas, l'allongement est la conséquence de l'aplatissement de la tête; mais cet allongement n'apporte pas d'obstacle à la sortie de la tête ; en voici la preuve : je faisais, dans mes cours, l'expérience suivante : je prenais un bassin de deux pouces et un quart, et je broyais une tête au-dessus de ce bassin, puis la tête étant broyée, je la faisais passer à travers ce canal avec la plus grande facilité. En effet, la tête devient tellement molle à la suite du broiement, lorsque le céphalotribe a été bien appliqué, qu'elle pourrait traverser facilement un bassin de *deux* pouces : d'ailleurs qui empêcherait de perforer la tête, quand elle aurait été broyée, si le volume de la voûte du crâne présentait une trop grande résistance aux tractions qu'on exerce sur l'instrument! Quant aux tractions elles-mêmes à exercer sur le céphalotribe, on n'a pas encore décidé s'il convient ou non d'en faire; seulement, il paraît que jusqu'ici tous les opérateurs en ont fait, mais ne serait-il pas plus sage lorsque la tête broyée présente quelque résistance aux tractions, que l'on exerce sur l'instrument, de les cesser et de faire, par exemple, la version du fœtus, procédé que madame Lachapelle ne manquait pas d'employer, après la perforation du crâne, et dont elle se louait beaucoup; mais on ne peut faire la version que quand le bassin a plus de *deux pouces*, parce que, au dessou de cette dimension, la main de l'accoucheur ne pourrait pas passer. Je pense aussi qu'au dessous de deux pouces on ne devrait point exercer de traction sur le céphalotribe, mais qu'il faudrait abandonner l'expulsion du fœtus aux contractions utérines, du moins pendant un certain temps.

Deuxième objection : *Rupture de l'un des muscles psoas*. On argumente encore contre la céphalotripsie, en citant l'exemple d'une femme chez laquelle un des muscles psoas s'est déchiré pendant l'opération, mais ne sait-on pas que la déchirure de l'un des muscles psoas et même du sternum, a eu lieu pendant des accouchements naturels! Or, pourquoi attribuer au céphalotribe un accident qu'il ne peut produire!

Troisième objection : *Rupture des organes génitaux*. On prétend surtout que le céphalotribe peut déchirer l'utérus et le vagin. Il paraît que cet accident est réellement arrivé, et l'on s'est hâté de conclure « *que le céphalotribe, même dans des mains habiles, est un instrument meurtrier*, et *que loin de décerner des récompenses à son auteur, on aurait dû le stigmatiser, parce qu'il est tout aussi dangereux, si ce n'est plus, que l'opération césarienne* (Moreau, *Pratique des accouchements*, t. 2e). » N'est-ce pas le cas de répéter ce que Desormeaux a écrit au sujet des inconvénients attribués au forceps ordinaire : « Il est vrai, dit-il, que manié par des mains *inhabiles*, le forceps peut produire les désordres les plus graves, dans les parties de la mère et du fœtus, mais quel est l'instrument auquel on ne puisse adresser de semblables reproches » (*Dictionnaire de médecine*, t. 9, p. 337).

Quatrième objection : *Inflammation des organes génitaux*. On dit que le céphalotribe a produit la métrite et la métro-péritonite. M. P. Dubois a même cité l'exemple d'une femme qui a succombé à une métrite malgré, dit-il, le traitement le plus énergique : à cette objection je réponds que, en général, lorsqu'on a recours à la céphalotripsie *on a d'abord épuisé toutes les tentatives de version et d'application du forceps, et que ces tentatives ont déjà enflammé plus ou moins les organes génitaux*; ainsi, des quatorze femmes que j'ai opérées, huit ont été prises d'inflammation plus ou moins violente du bas ventre, et les six autres n'ont pas eu la moindre fièvre à la suite de l'opération. La cause de cette différence, dans l'état des accouchées, se trouve donc essentiellement dans les manœuvres plus ou moins longues et plus ou moins habilement dirigées, que l'on fait auparavant, et non dans la céphalotripsie même. Cela posé, un traitement antiphlogistique actif n'est indispensable à la suite de la céphalotripsie, que quand les organes génitaux ont été enflammés par des manœuvres préalables ; mais alors il est indispensable, et je suis fermement convaincu que j'aurais conservé les deux femmes que j'ai perdues, si je les avais soumises, aussitôt après leur délivrance, à un traitement antiphlogistique plus énergique.

Cinquième et dernière objection : *Éclampsie*. Enfin on reproche au céphalotribe d'avoir produit une fois l'éclampsie, quelques heures après l'accouchement, mais comme l'éclampsie peut survenir à la suite de l'accouchement, même le plus naturel, je ne puis regarder cette objection comme sérieuse. Tel est le résultat que j'ai obtenu de la céphalotripsie; or, quelle est l'opération chirurgicale, de quelque importance, qui compte autant de succès! Le résumé que je viens de présenter suffira, sans doute, pour convaincre du peu de danger que présente la céphalotripsie lorsqu'on la pratique dans des circonstances favorables, c'est-à-dire lorsque des manœuvres très longues n'ont point été faites, et que les organes génitaux n'ont pas été déchirés *avant* qu'on y ait recours. En résumé, dans tous les cas où j'ai pratiqué la céphalotripsie, je n'hésiterais pas aujourd'hui à faire la symphyséotomie si j'étais appelé de bonne heure, c'est-à-dire avant qu'aucune manœuvre n'eut été faite, toute manœuvre, soit avec la main, soit avec le forceps, ayant toujours pour effet de faire périr l'enfant. Aussi n'ai-je pas eu le choix, dans tous ces cas, entre la symphyséotomie et la céphalotripsie. C'est pour cela, je le répète, qu'on ne doit appeler le secours de la céphalotripsie pour terminer des accouchements difficiles que de bonne heure et avant qu'aucune manœuvre imprudente ait été tentée.

— Cyclite. L'inflammation du corps ciliaire que M. A. Bérard vient de décrire sous le nom singulier de *cyclite*, n'est autre chose qu'une choroïdite parfaitement connue depuis longtemps.

FAITS CRITIQUES.

Classification des poisons. — Les idées nouvelles que nous avons importées en France sur l'action dynamique des poisons, action qui est seule productrice des phénomènes toxiques, puisqu'elle est la conséquence de l'absorption, a ruiné de fond en comble la classification ancienne, basée sur l'action locale, les noms de poisons dits irritants, âcres, narcotico âcres, etc., n'ayant plus une signification scientifique acceptable. Cette classification, en effet, est absurde, car elle est basée sur une erreur, savoir : la présomption que les phénomènes toxiques dépendaient de l'action locale. Aussi, est-il arrivé qu'on ne savait pas encore ce que c'était qu'un empoisonnement, puisque, pour M. Orfila lui-même, comme pour tous les hommes de laboratoire, un empoisonnement n'était aurte chose qu'une *brûlure intestinale*. Ceci est textuel. Nous avons voulu chercher l'origine de la classification de M. Orfila ; Fourcroy nous apprend que cette origine remonte à quelques peuples barbares. Voici ses propres paroles : « Il est fort singulier, dit-il, que les peuples de Malabar, dont la médecine paraît d'ailleurs assez grossière, reconnaissent depuis longtemps six classes de médicaments, d'après les six saveurs bien distinctes, savoir : les acides, les doux, les salés, les amers, les âcres et les astringents (Fourcroy, *Art de connaître les Médicaments*, t. 1, p. 210). » M. Orfila reconnaît aussi six classes de poisons. A quoi servent-elles ?

Qualités du chirurgien, d'après Celse. — « Le chirurgien doit être jeune, ou du moins peu avancé en âge. Il faut qu'il ait la main ferme, adroite, et jamais tremblante ; qu'il se serve de la gauche aussi bien que de la droite ; qu'il ait la vue claire et perçante ; qu'il soit intrépide ; que sa sensibilité soit telle que, déterminé à guérir celui qui se met entre ses mains, et sans être touché de ses cris, il ne se presse pas trop, et ne coupe pas moins qu'il ne faut ; mais qu'il fasse son opération, comme si les plaintes du patient ne faisaient aucune impression sur lui. » (Celse, liv. 7, Ch. Ier.)

BIBLIOGRAPHIE.

Nouveau traité des retrécissements de l'urètre. *et des maladies qu'ils produisent ; par M. Hubert Rodrigues professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier. Un vol. in-8 de 400 pages.* — Depuis que l'urétropathie est devenue une spécialité, on a tant écrit, que la rédaction d'une monographie complète et bien élaborée sur ce sujet, devient aujourd'hui chose assez ardue. On se doutait à peine, il y a un demi siècle, qu'on aurait pu trouver matière d'écrire un volume en règle sur les maladies d'un si petit canal comme celui de l'urètre, canal d'éjaculation, d'éconduite, d'un ordre secondaire en apparence, comparativement à l'importance capitale des fonctions des organes intérieurs. Cependant telle est la liaison intime des fonctions de ce conduit avec celles des organes supérieurs, tels sont les faits nombreux qu'on possède aujourd'hui sur ce point de pathologie, que ce n'est pas en vérité trop prétendre que de lui consacrer un volume entier. On comprend en effet qu'il y a bien de quoi, quand on veut traiter la chose *ex professo*, étudier les maladies du canal en elles-mêmes, et en rapport avec les organes voisins et avec les affections qu'elles peuvent produire, ainsi que l'a fait M. Rodrigues. Elevé à l'école de M. Lallemand, nourri pour ainsi dire pendant un grand nombre d'années des meilleures inspirations, des observations cliniques les plus exquises de ce grand praticien, M. Rodrigues était plus que tout autre en position de donner un traité soigné sur les maladies de l'urètre ; il était en mesure de le faire par ses propres observations et sans avoir recours à l'autorité d'autrui ; mais il a compris que pour rendre son ouvrage aussi complet que possible, il fallait donner un corps entier de science, tel qu'il résulte des travaux des savants de plusieurs écoles de différentes nations. Aussi le livre que nous avons sous les yeux n'est pas seulement un miroir fidèle de la clinique de M. Lallemand, relativement à ces maladies, mais encore un résumé exact et méthodique de tout ce qu'on a écrit sur la matière. C'est déjà dire que le traité de M. Rodrigues arrive à propos, et prend de lui-même la place distinguée qui convient aux travaux consciencieux, faits dans un véritable but de progrès scientifique. Ce préambule fait assez pressentir l'impression que nous avons éprouvée à la lecture du livre de M. Rodrigues, et l'importance que nous y attachons.

L'auteur divise son sujet en neuf sections ou chapitres, chacun desquels comprend plus ou moins d'articles ; il étudie d'abord les espèces et variétés des retrécissements, viennent ensuite les descriptions monographiques de chaque espèce. Les rétrécissements organiques surtout, les plus importants et les plus graves assurément, sont envisagés de la manière la plus étendue ; ce chapitre, ou plutôt cette suite de chapitres, est la partie la plus substantielle du travail de M. Rodrigues. Plusieurs articles sont destinés à l'examen des conséquences des retrécissements, ce qui conduit l'auteur à parler de la rétention d'urine, du cathétérisme et de certaines maladies de la prostate. Tous les moyens de traitement, au reste, sont passés en revue, appréciés, critiqués d'une manière judicieuse et satisfaisante. L'ouvrage se termine par un chapitre fort intéressant. des altérations de l'urètre chez la femme qui ont trait au rétrécissement. Le livre de M. Rodrigues étant écrit dans un bon esprit, essentiellement pratique, et résumant exactement, dans un style simple et correct, l'état de la science, ne peut manquer d'être bien accueilli par les chirurgiens ; nous croyons remplir un devoir envers nos lecteurs et la science, en le faisant connaître, bien que par un simple coup d'œil très rapide.

Traité philosophique et clinique d'ophthalmologie, *basé sur les principes de la thérapeutique dynamique*, par M. Rognetta. Un vol. in-8° de 724 pages (petit-texte compacte). Prix : 9 fr. Chez J. Rouvier, libraire, rue de l'École-de-Médecine, 8 ; et chez Lacour et Comp, imprimeur-libraire, rue Saint-Hyacinthe-Saint-Michel, 33.

Cet ouvrage diffère essentiellement de tous ceux du même genre qu'on a publiés jusqu'à ce jour. On y trouve une pathologie oculaire générale et une thérapeutique oculaire générale, entièrement neuves. Toutes les maladies de l'œil, au reste, sont ramenées à des principes nouveaux, sous le double rapport pathologique et thérapeutique.

Errata. — Dans le dernier n°, plusieurs fautes d'impression se sont glissées par inadvertance de nos compositeurs, qui ont oublié de suivre les corrections marquées par nous sur les épreuves. Nous en demandons pardon à nos lecteurs, et les prions de vouloir bien corriger les suivantes : p. 112, 1re col., en tête, lisez : *documents toxicologiques*, au lieu, *hydrologiques*. — P. 113, 1re col., les trois derniers articles appartiennent à la section de la Revue générale, et non à la Toxicologie. — P. 97, 2e col., lig. 12 et 13, supprimez les mots *sur* et *ils*, pour rétablir le sens.

PARIS — IMPRIMERIE DE LACOUR ET COMP,
Rue Saint-Hyacinthe-Saint-Michel, 33.

Deuxième Année. Ce Journal paraît le Ier de chaque mois. N° 5. — août 1844.

ANNALES DE THÉRAPEUTIQUE

MÉDICALE ET CHIRURGICALE ET DE TOXICOLOGIE.

Cette publication a pour but d'approfondir l'étude des Médicaments, des Poisons, des Eaux minérales, et de faire connaître avec exactitude la Pratique des Hôpitaux de Paris.

REVUE MENSUELLE DES HÔPITAUX.

PUBLIÉES PAR

M. le Docteur ROGNETTA,

Ancien Rédacteur de la *Gazette Médicale* et de la *Gazette des Hôpitaux*.

L'abonnement est de
Pour Paris. . . 10 fr.
Pour la Province 12
Pour l'Étranger. 14

On s'abonne à Paris,
Chez
LE RÉD. EN CHEF,
Rue des Petits-Augustins, 15 bis.

« Pour moi, je crois qu'un seul homme peut embrasser toutes les parties de l'art; et, puisqu'on les a divisées, je » fais surtout cas de celui qui réunit le plus de connaissances qui le concernent. »

(Celse, liv. 7. c. 1.)

ÉTUDES SUR LES EAUX MINÉRALES.

« Les eaux minérales sont une richesse dont on doit compte à l'humanité.

» Alibert. »

DE L'ACTION DYNAMIQUE DES EAUX DITES FERRÉES, CHALYBÉES OU MARTIALES.

Dans le dernier article, nous avons étudié d'une manière générale la constitution physico-chimique des eaux dites ferrugineuses, et nous sommes arrivés à cette conclusion : qu'à l'instar des autres eaux minérales, ces composés devaient être considérés comme des produits mixtes dont un des éléments les plus remarquables était le fer. Entrons maintenant dans l'examen de leur action sur l'organisme. On s'est formé des idées *a priori* sur cette action; on s'est imaginé que les eaux ferrées étaient toniques, excitantes, uniquement parce qu'on a présumé que telle était la vertu des composés ferriques, et que les maladies qu'elles guérissent émanaient d'un fond de faiblesse; la chlorose, par exemple, a servi de drapeau à une pareille doctrine généralement adoptée. Nous avouons que ce n'est pas sans une sorte d'embarras que nous abordons cette question, par la raison que les idées préconçues qui dominent la croyance générale sont profondément enracinées, et qu'on se prête à peine à un examen indépendant. Cependant nous devons déclarer que, si telle était aussi notre conviction, nous nous serions abstenu de reprendre ce sujet en sous-œuvre; nous ne cherchons que la vérité, et si l'action véritable des eaux dont il s'agit est telle qu'on la suppose, nous ne demandons pas mieux que de la proclamer à notre tour. Il nous semble, si nous ne nous abusons, qu'un examen motivé des éléments de cette importante question ne peut que tourner au profit de la science, soit que cet examen confirme, soit qu'il infirme les idées généralement professées. Il y a deux manières d'y procéder : analytiquement, c'est-à-dire par l'examen isolé de chacun des éléments connus du composé minéral, et empiriquement ou cliniquement. Nous croyons devoir suivre l'une et l'autre voie; nous aurons parcouru ainsi tout le cercle des faits acquis à ce point de science, et la conclusion qui s'ensuivra doit peut-être offrir une véritable valeur. Au point de vue élémentaire, ou analytique, nous n'aurons qu'à examiner l'action intrinsèque ou dynamique des composés ferriques qui se rencontrent dans ces eaux, les vertus des autres éléments nous étant déjà connues par les études précédentes, puisqu'ils sont les mêmes que ceux des autres espèces d'eaux minérales dont nous avons parlé dans d'autres articles. Quelle est donc l'action des composés de fer? telle est la première question qu'il s'agit d'examiner.

En parcourant l'histoire de ce point de science, on ne retrouve, depuis Dioscoride jusqu'au dix-septième siècle, qu'une seule opinion à l'égard de l'action médicinale du fer, c'est que ce métal agissait comme astringent et comme apéritif dans l'économie. Cette opinion était née de ce système adopté dans les écoles galéniques : de ne juger de l'action des médicaments que d'après leur goût ou leur odeur, et d'après les quatre qualités hypothétiques qu'on appelait *occultes* dans tous les corps. On voyait, en effet, d'une part, qu'appliqué sur la langue le fer offrait un goût métallique, styptique, ce qui est commun, au reste, à une foule d'autres corps; d'autre part, on remarquait dans le tannage des peaux des animaux, qu'une astriction manifeste suivait l'application des composés ferriques, et l'on en concluait naturellement que telle devait être aussi l'action du fer dans l'organisme vivant. Cette croyance semblait d'ailleurs confirmée par l'ob-

servation clinique, puisqu'en administrant soit l'eau ferrée artificielle, soit la limaille de fer, soit la rouille (sous-carbonate de fer), on arrêtait les diarrhées et les hémorrhagies. Cependant l'observation montrait aussi que les mêmes remèdes guérissaient pareillement les hydropisies; qu'ils donnaient quelquefois la diarrhée, provoquaient la secrétion urinaire, le retour des règles, etc.; cela ne s'accordait pas avec la prétendue astriction. On disait alors : c'est que par ses qualités *occultes* le fer peut agir aussi comme apéritif! Ce jeu de mots sauvait la doctrine, et les choses marchaient ainsi de siècle en siècle malgré leur flagrante contradiction. De l'astriction à la tonicité il n'y avait qu'un pas; les anciens, en effet, connaissaient parfaitement l'absorption des médicaments, ils pouvaient aisément transporter l'effet corrugateur du fer sur les parois des vaisseaux qu'il devait parcourir. « Le fer, dit un auteur d'une grande autorité dans la question, agit lorsqu'il est dissous par les sucs de l'estomac et des intestins; il se répand avec le sang dans toutes les parties du corps et y exerce sa vertu astringente » (Geoffroy, *Mat, méd.*, t. 1, p. 512). Un autre auteur a ajouté, que cette action portait principalement sur les parois des vaisseaux (Lieutaud, *Synopsis universæ praxeos medicæ*, t. 2, p. 94, in-4°, 1774). Cette hypothèse cependant ne se rencontre nettement formulée que vers la fin du dix-huitième siècle. Cullen l'expose en ces termes : — « Le fer combiné avec les acides devient une substance astringente, et ses vertus médicales dependent *entièrement* de ses puissances astringente et tonique ; car en augmentant le ton des vaisseaux il augmente leur vigueur et leur activité » (Cullen, *Mat. méd.*, t. 2, p. 22). Cet auteur cependant a senti toute la contradiction des idées professées sur la double action présumée du fer ; il les a combattues d'abord, puis il essaie de les justifier. « Il est cependant vrai, dit-il, que la même préparation peut, comme l'a judicieusement observé Lewis, devenir tantôt apéritive et d'autres fois astringente, suivant la disposition où se trouve celui qui en fait usage. Si, par exemple, la rétention des règles dépend de la faiblesse des vaisseaux de l'utérus, les ferrugineux peuvent, en fortifiant les vaisseaux, guérir la maladie et paraître agir en conséquence comme apéritifs : dans le cas de ménorrhagie, au contraire, lorsque la maladie dépend du relâchement des derniers vaisseaux de l'utérus, le fer peut, en rétablissant le ton de ces vaisseaux, agir comme astringent » (*Ib.*, p. 23). Cette explication est assurément habile, mais elle est loin de prouver l'hypothèse de l'action astringente. C'est que les choses ne se passent pas sur le vivant comme sur les corps inertes ; il y a là d'autres forces, d'autres puissances réactionnelles qui font taire les affinités physico-chimiques, et c'est ce qui a dérouté les observateurs dans ces sortes d'appréciations, et donné naissance à des doctrines insoutenables, qui pourtant règnent encore dans les écoles.

« Il est digne de remarque, dit Geoffroy, que les préparations de fer astringentes excitent quelquefois les urines et les selles, et que les préparations apéritives guérissent souvent les flux de ventre les plus invétérés, et que toute sorte de préparation de Mars fait revenir les règles qui sont supprimées, et en arrête aussi le cours immodéré.... Quand on recherche la cause de ces phénomènes, on ne trouve que la seule stypticité du fer qui soit capable de les produire. C'est cette cause unique qui produit des effets différents et entièrement contraires, selon la différente disposition des corps. Quoique le fer paraisse donc apéritif, il est certain cependant que c'est par la seule astriction qu'il exerce sa vertu. On peut concevoir de cette sorte sa manière d'agir » (*L. c.*, p. 509). Un peu plus loin le même auteur ajoute :— « Les grandes évacuations ne demandent pas moins de considération. Dans les hémorrhagies, par exemple, le flux de ventre, les sueurs continuelles, l'hydropisie et les autres maladies qui dépendent de la trop grande sérosité, le fer est très salutaire, parce qu'il affermit les fibres, il chasse la sérosité et rétablit l'élasticité des tissus. Mais si ces évacuations viennent d'obstructions opiniâtres, comme il a coutume d'arriver dans les fièvres hectiques, les préparations de Mars sont très nuisibles, car, en séparant la portion séreuse du sang de la partie fibreuse, elles la chassent dehors et rendent les évacuations plus abondantes; et de plus, elles augmentent la rigidité des fibres dans les parties solides, et produisent encore de plus grandes obstructions. Et, quoique le fer convienne à l'hydropisie commençante, il ne convient pas pour cela à celle qui est invétérée, car la lymphe qui s'est ouvert un passage dans la cavité de l'abdomen, laisse la partie du sang presque sèche ; le mars le dépouillerait bientôt du peu de sérosité qui lui reste, et le malade maigrirait dans tous les membres supérieurs, et serait bientôt la victime du fer. Tous les bons et mauvais effets du fer dépendent donc de la stypticité qui resserre ou qui ouvre » (p. 512). — Il est évident que toute la vertu du fer est réduite dans cette doctrine à son action locale, à son effet purement mécanique ou physico-chimique.

L'idée de l'action tonique du fer a été surtout accréditée à l'époque de la naissance de la chimie. D'un côté, on voyait déjà dans le fer et dans l'acier l'emblème de la force ; de l'autre, on observait dans ses réactions des phénomènes de chaleur qui conduisaient à admettre dans ce métal une vertu d'excitabilité, d'inflammabilité très prononcée. Il existe, comme on sait, entre le fer et le soufre des affinités remarquables, et il résulte de leur contact au moyen de l'eau et de l'air des phénomènes vraiment surprenants. Le fer et le soufre agissent l'un sur l'autre, déjà à la température ordinaire de l'air, quand en même temps on les met en contact avec de l'eau. De là résulte, lorsqu'on opère en vases clos, un mélange de sulfure de fer et de sulfate ferreux. A l'air libre, ces deux corps absorbent de l'oxygène et passent à l'état de sulfate. Un gros de soufre et deux gros de limaille de fer, dont on fait avec de l'eau une pâte épaisse, et que l'on place dans une soucoupe sous une cloche contenant une pinte et demi d'air, absorbent tout l'oxygène et laissent le nitrogène. C'est de cette manière que Scheele commença ses essais intéressants sur la composition de l'air atmosphérique. Si l'on fait avec de la limaille de fer, moitié autant de soufre et de l'eau, une pâte épaisse, du poids de plusieurs livres, la

masse commence à s'échauffer au bout de quelques heures, et finit par devenir si chaude qu'elle s'enflamme. Si l'on opère sur une quantité plus considérable, par exemple sur 50 à 100 livres, qu'on l'enfouisse dans la terre, et qu'ensuite on tasse un peu de terrain, au bout de quelque temps la masse devenue rouge, fait sauter la terre. On a cherché à imiter ainsi les volcans. Cette action réciproque entre le soufre et le fer dépend de l'affinité qu'ils ont pour l'oxygène, et de l'affinité qu'a l'acide qui prend naissance pour l'oxyde ferreux, qui se forme en même temps. Pendant longtemps on s'est appuyé sur cette expérience pour jeter quelque jour sur l'origine des éruptions volcaniques; mais les produits des feux souterrains montrent assez qu'ils proviennent d'une autre cause (Berzelius). On a expliqué aussi, par la même présomption, l'origine de la thermalité des eaux minérales. Ce phénomène, déjà connu vers la moitié du XVIIe siècle, puisqu'il se trouve déjà mentionné dans Geoffroy (*L. c.*, p. 496), avait d'abord conduit à cette conséquence, que le fer était un corps composé. On le croyait, en effet, composé de substances bitumineuses, d'un principe dit inflammable, d'un sel vitriolique et d'une certaine terre vitrescible. De là l'origine de la tonicité, car tous ces éléments présumés du fer étaient réputés, alors comme aujourd'hui, de nature excitante. On sait, d'autre part, que telle est la puissance d'affinité du soufre pour le fer qu'on peut en un instant perforer de part en part une barre incandescente de ce métal, à l'aide d'un cylindre de soufre qu'on y applique. Le soufre perce le fer et coule de l'autre côté. C'était encore là un phénomène qui appuyait la présomption de la composition mixte du fer et de sa vertu corroborante. Enracinée de la sorte, la réputation de la vertu excitante du fer devait faire le tour du monde comme le fameux arsénic normal. Cela semblait, en effet, naturel : plus il y a de fer dans la machine, disait-on, plus ses rouages doivent être forts. C'était, comme on le voit, une sorte d'armure intérieure semblable à celle des anciens guerriers et qui devait défendre l'homme contre les attaques des maladies. On faisait aussi, dans cette époque, manger des coquilles d'œufs et d'huitres aux rachitiques pour corroborer leurs os! On a vu également, de nos jours, cette pitoyable thérapeutique culinaire renaître des cendres de certains fourneaux toxicologiques ; et dernièrement encore, deux docteurs-pharmaciens venir à l'Académie des sciences proclamer leurs neutralisants merveilleux contre le diabète sucré! Le rôle des physiologistes et des cliniciens est venu ensuite. Un médecin, nommé Menghini, paraît être le premier qui ait contribué le plus à relever la prétendue vertu tonique ou excitante du fer ; il a établi d'après des observations qui lui sont propres, que ce métal exerce une influence assez puissante sur la contractilité générale des parties vivantes lorsqu'elles sont frappées d'un état de langueur, et particulièrement sur celle des tuniques vasculaires. Les praticiens y ont cru d'autant plus facilement que les maladies, dans lesquelles le fer produisait de bons effets, étaient réputées de faiblesse. La chlorose, l'absence des règles, l'hydropisie ascite, la convalescence des maladies aiguës, la dyspepsie, la scrofule, etc., étaient de ce nombre. Nous verrons tout à l'heure si cette opinion était bien basée en principe, et si la pratique qui s'en suivait n'était pas dangereuse dans certains cas. De nos jours, cette croyance de la vertu tonique ou excitante du fer est tellement accréditée que, l'ayant à peine touchée en passant dans un de nos derniers n^os^, un orage a éclaté contre nous des hauteurs de la frontière du Nord ; c'est le savant professeur Forget, de Strasbourg, qui a empoigné l'espadon d'airain ; il doit voir cependant que nous ne le craignons pas, et que nous l'attendons sur l'arène que nous lui avons ouvert (*Voy.* le n°, d'avril 1844, p. 37). Il y a cette différence entre la manière de voir des anciens, concernant les vertus médicinales du fer, et ce le des modernes : c'est que les premiers en avaient fait une véritable panacée, tandis que les seconds ont établi des distinctions sans fondement. A l'appui de cette dernière assertion, nous aimons citer les deux resumés suivants :

« En médecine il est (le fer) un puissant astringent et tonique, que l'on applique avec succès, soit à l'extérieur soit à l'intérieur ; l'hydrate et les sels ferriques sont plus efficaces que l'oxide et les sels ferreux, ainsi que l'expérience l'a démontré d'une manière assez générale. La vertu tonique et excitante des préparations de fer les rend nuisibles à tous ceux qui sont atteints de maladies chroniques, dont la cause est l'inflammation d'un organe quelconque, avec ou sans suppuration habituelle, par exemple dans les premières périodes de la phthisie pulmonaire, dans certaines espèces d'hémorrhoïdes, etc. Mais l'expérience a appris que ces effets nuisibles de l'oxide ferrique sont corrrigés par l'addition d'une dose modérée d'alcali, sans que sa propriété tonique en soit beaucoup diminuée (Berzelius).»

« Les anciens Grecs n'ignoraient pas les vertus salutaires du fer pris intérieurement. Dioscorides attribue à la rouille de fer une vertu d'astriction, et surtout pour arrêter les pertes de sang de la matrice. Il recommande le vin et l'eau dans lesquels on a éteint le fer ardent pour guérir le flux cœliaque, les dyssenteries, les maladies de la rate, le choléra-morbus et les estomacs relâchés. Les médecins reconnaissent deux vertus dans le fer; l'une apéritive et l'autre astringente, car il guérit la suppression des règles, les obstructions du foie, de la rate et des viscères; il arrête les hémorrhagies, les diarrhées, en resserrant les fibres relâchées de ce viscère. On l'appelle de plus un *aléxi-pharmaque* de la maladie hypochondriaque, et une *panacée* de la cachexie » (Geoffroy).

Un premier fait important à signaler, avant d'aller plus loin, c'est que le fer du commerce, et encore plus les minerais de fer dont se chargent les eaux minérales, contiennent une certaine proportion d'arsenic. C'est là un fait acquis par des recherches déjà anciennes et confirmé par des expériences récentes sur le péroxide de fer, que des présomptions sans fondement avaient fait regarder un instant comme un contrepoison de l'arsenic. Il est très probable qu'on trouvera de ce dernier métal dans les eaux chalybées naturelles,

quand on le cherchera à l'aide des procédés délicats dont la science dispose aujourd'hui. Cette circonstance, si elle vient à se vérifier, ne fera qu'ajouter à la haute opinion qu'on doit avoir de l'efficacité des eaux martiales, l'arsenic à faible dose étant, comme l'iode et le brome, un remède souverain dans une foule d'affections chroniques. Un second point plus important encore se rapporte à l'opinion que quelques auteurs modernes professent sur l'efficacité relative de certaines préparations ferriques qu'on rencontre ou non dans les eaux minérales. MM. Trousseau et Pidoux placent la limaille au-dessus de toutes les autres. « La limaille de fer, disent-ils, tient le premier rang parmi les préparations ferrugineuses insolubles qui doivent être employées en général au début du traitement de la chlorose. » Cette croyance est assez répandue, car nous tenons de quelques pharmaciens de Paris que plusieurs praticiens leur commandaient assez souvent de la limaille pure, obtenue de l'oxyde à l'aide d'un courant d'hydrogène. MM. Mérat et Delens paraissent eux-mêmes conseiller la *limatura martis* comme emménagogue et tonique; puis ils ajoutent: « On cite même des cas d'anévrisme où elle s'est montrée efficace. » (Singulier tonique, qui est efficace contre les anévrismes et la rétention des règles!) Sans doute que, sous cette forme, le fer peut être absorbé, puisqu'il résulte des expériences récentes de M. Panizza qu'à l'état pulvérulent très fin, les corps métalliques passent directement de l'estomac dans le sang; mais, outre qu'on s'expose ainsi à perdre une grande partie du médicament ingéré qui passe avec les résidus de la digestion, il faut nécessairement s'attendre à une action locale, mécanique, irritante, désagréable, sinon nuisible chez certains sujets dont les organes digestifs sont plus ou moins délicats. Cela rend d'ailleurs le traitement beaucoup plus long que si on donnait des préparations solubles, et oblige à administrer des doses considérables pour obtenir des guérisons, ce qui a toujours des inconvénients plus ou moins sérieux. Cullen, au reste, s'était clairement expliqué sur cette question, et nous ne pensons pas qu'on puisse rien opposer à son raisonnement.

« Le fer, dit-il, de même que les autres métaux, n'exerce aucune action sur nos corps dans son état entier et solide, à moins qu'il ne soit corrodé ou dissout par des matières salines. Il ne peut donc devenir actif que quand il est combiné avec les acides. Il est assez ordinaire de donner comme médicament le métal entier réduit par la lime en poudre très fine, et on en éprouve de très bons effets. Je crois néanmoins que cela fait une exception à la règle que j'ai admise, car je suis persuadé qu'il se trouve constamment dans l'estomac de l'homme une quantité d'acide capable de dissoudre le fer, et la preuve en est que jamais on ne donne le fer dans son état métallique ou légèrement corrodé, sans qu'il noircisse les selles, ce qui nous fait toujours présumer que le fer a été dissout par les acides » (L. c.). — « Le fer se dissout facilement dans les acides avec dégagement de gaz hydrogène provenant de la décomposition de l'eau» (Berzélius).

Il résulte de ces remarques que la préparation à laquelle quelques praticiens du jour paraissent donner la préférence est précisément la moins avantageuse. Dans les eaux, on n'a jamais affaire à des composés insolubles; mais il en est qui se précipitent aisément au contact de l'air. Le carbonate est de ce nombre; il n'est, comme on sait, maintenu en dissolution dans les sources que par un excès d'acide. Aussitôt que cette condition vient à manquer, il se précipite sous forme d'oxyde. Pour nous, la meilleure préparation ferrique est celle-là même qui se rencontre dans les eaux de Passy et ailleurs; nous voulons parler du sulfate. Quand un malade ne peut boire les eaux naturelles en assez grande quantité et que l'administration du fer paraît urgente, nous prescrivons le sulfate de fer à la dose d'un gramme (20 grains) dans 180 grammes (6 onces) d'eau distillée, à prendre d'abord une cuillerée à bouche matin et soir, puis on double, on triple la dose, et au-delà, selon la tolérance. Chaque cuillerée de cette eau ferrugineuse artificielle contient huit centigrammes environ (1 grain 1/2) du sel ferrique; elle est légèrement styptique et n'a presque pas de goût. Sa couleur présente une très faible teinte jaunâtre; cette couleur change, au reste, suivant les doses, les dissolutions de fer étant, comme on sait, bleuâtres, vertes, jaunes ou rouges, etc. Nous faisons prendre en ce moment cette solution à plusieurs malades, et il est facile de s'assurer que l'assertion de M. Orfila, que nous avons mentionnée dans le précédent article, est complétement erronée. On a communément pour pratique de joindre le fer à des substances stimulantes, telles que la canelle, le girofle, le vin, pour le rendre plus tolérable. L'expérience prouve en effet que le remède est quelquefois mieux toléré de la sorte; mais cette tolérance artificielle n'est pour nous que l'effet de la neutralisation partielle de l'action du médicament. On appréciera tout à l'heure la véritable portée de cette assertion. Faisons seulement remarquer ici que si la doctrine enseignée sur la vertu tonique, excitante du fer était exacte, l'addition de la canelle, du vin et d'autres substances stimulantes devrait augmenter son action. Cependant, le remède est mieux toléré au contraire. Comment un estomac délicat, qui se montrait intolérant à une action donnée, peut-il tolérer ensuite une action plus énergique? Il semble plus tolérant parce que l'action du remède a été affaiblie au contraire, et nul doute que le même effet n'est obtenu si, au lieu d'ajouter des stimulants, on affaiblissait tout simplement la dose du médicament. Est-ce là de la théorie? Mais la théorie, et de la théorie arbitraire, la voici: « Dans certaines circonstances, disent MM. Mérat et Delens, les ferrugineux causent de l'anxiété, des nausées, des coliques; mais souvent alors il suffit de l'addition de quelque substance aromatique pour qu'ils soient supportés, ce qui semble accuser un mode d'irritation bien distinct de l'irritation inflammatoire. » Vous le voyez, le prétendu tonique produit une irritation spéciale, laquelle se dissipe par des excitants! Il ne s'agit donc pas d'une question théorique, car les prin-

cipes que nous discutons se rapportent immédiatement à la pratique. Il est clair, en effet, que si l'action du fer est contro-stimulante, ainsi que nous allons le voir, c'est une grande faute de le combiner à la canelle ou aux alcooliques, car ces additions peuvent nuire dans les cas où le fer est réellement indiqué.

Dans la pratique adoptée en France, on préfère, à l'égard du fer, les préparations insolubles. C'est le carbonate qu'on prescrit sous forme de pilules dites de Blaud ou de Vallet. Il en résulte qu'on est obligé de donner des doses énormes pour obtenir des résultats, et quelques malades ne peuvent les tolérer à cause de l'action locale irritante du médicament. Il en résulte aussi que la plus grande partie du remède passe dans les selles, et que les portions absorbées doivent être variables. La forme pilulaire elle-même a des inconvénients. La panification du fer, tant vantée dernièrement, en a bien plus encore, car on ne sait plus ce qu'on fait du moment que le remède est enveloppé dans de grandes masses de corps solides. Sans doute qu'on obtient des guérisons; mais cela ne veut pas dire que l'art suit la meilleure voie, car on en obtient aussi par le fer pur en poudre, par le fer infusé dans l'eau, etc. La question est de savoir si on ne peut mieux faire. M. Bouillaud a senti toutes ces raisons, et il a substitué le lactate de fer, qui est soluble, au carbonate ou au sous-carbonate ; mais ce sel est lui-même très délicat, très susceptible de décomposition, et il est devenu aujourd'hui la proie du charlatanisme. D'ailleurs, la forme solide qu'on a adoptée et les incorporations qu'on lui fait subir lui donnent les mêmes inconvénients qu'aux pilules de Blaud et de Vallet. M. Cottereau pose en principe une distinction assez singulière. Selon lui, les préparations insolubles de fer agissent comme des toniques simples, tandis que les composés solubles agiraient comme des excitants et ont beaucoup d'influence sur l'hématose. Cet auteur aurait dû d'abord dire quelle différence il croit voir entre un tonique et un excitant (abus éternel de mots élastiques ! !)

Pour savoir avec précision ce qu'on administre, les doses que le malade absorbe, etc., il est de rigueur d'adopter une solution aqueuse d'un sel ferrique stable; la formule ci-devant indiquée du sulfate de fer permet de remplir mathématiquement et sans dégoût les indications. On n'introduira pas ainsi dans l'économie des masses de fer inutilement. Pourquoi les quantités énormes de fer qu'on reçoit en buvant l'eau de Passy ne rendent-elles pas les excréments noirs ? C'est que le médicament est tellement atténué qu'il est totalement absorbé; aussi, les résultats sont-ils remarquables en peu de temps, tandis que les préparations solides adoptées, outre qu'elles pèsent sur l'estomac, en irritant plus ou moins, rendent les garde-robes noires. C'est l'acide gallique ou tannique des aliments qui se combine au fer et produit cette couleur, d'après Barruel ; mais pourquoi cela n'arrive-t-il pas avec la solution indiquée de sulfate de fer, ni avec les eaux ferrugineuses naturelles? C'est que le liquide aqueux est de suite absorbé dans les premières voies, tandis que le sel ferrique solide doit passer par toutes les filières des intestins pour être élaboré, digéré. Dans le gros intestin, des actions chimiques s'opèrent, tandis que cela n'a point lieu dans les voies supérieures. Nous ne savons, au reste, si la présomption de Barruel est exacte, car, d'après les recherches de M. Christison, dont nous avons rendu compte dans le dernier numéro, c'est à un sulfure de fer qu'on aurait plutôt affaire qu'à un tannate ou gallate. L'hydrogène sulfuré qui se trouve naturellement dans le gros intestin rend effectivement cette opinion assez probable; mais cela importe peu au médecin. Disons enfin qu'en Angleterre on prescrit communément le fer sous forme de teinture alcoolique (vin chalybé, etc.) Nous avons dit pourquoi cette préparation était peu convenable; elle est un contre-sens à nos yeux. Il en est autrement des solutions acides, comme le vinaigre martial, par exemple, si employé autrefois, et qu'on prescrit encore quelquefois de nos jours à la dose de 20 à 50 gouttes. Chez le pauvre, qui n'a pas les moyens de se procurer l'eau minérale ni la préparation à la pharmacie, on préfère une eau artificielle, en faisant macérer une poignée de clous dans de l'eau aérée pendant douze heures; on obtient ainsi un sous-carbonate. On préfère l'eau bouillante, ou bien on plonge dans de l'eau un fer rougi au feu. L'eau ne doit pas tout à fait couvrir le métal, afin que l'air puisse agir. On remue de temps en temps, et il serait plus utile encore d'aciduler légèrement le liquide avec quelques gouttes de vinaigre.

Débarrassés ainsi de ces notions préliminaires indispensables, étudions à présent l'action dynamique du fer chez l'homme bien portant et chez l'homme malade.

DOCUMENTS HYDROLOGIQUES.

— Bains froids. D'un usage très ancien chez le peuple, le bain froid n'a été introduit dans toutes les saisons en médecine que par *Antoine Musa*, praticien distingué à Rome, qui guérit par ce moyen l'empereur Auguste, d'un catarrhe opiniâtre de poitrine. On s'étonne peut-être d'une pareille application, cependant elle est parfaitement rationelle, si on veut se rappeler l'action hyposthénisante du froid. Le même médecin traitait par le même moyen Horace d'une blépharite chronique. Ce grand poète dit à ce sujet : « Musa, mon médecin, juge que les eaux de Baïes (eaux thermales), me sont inutiles; il m'a fait venir à Clusium et à Gabies; tous les habitants de ce lieu me regardent d'un mauvais œil, quand ils me voient aller prendre les *bains froids au cœur de l'hiver.* » (Lettre 15, liv. I). L'on prescrit même aujourd'hui en été le bain froid, contre certaines blépharites chroniques, et dans d'autres maladies oculaires. Mais on ne l'ose pas en hiver, le mal pouvant être attaqué par d'autres moyens. Hippocrate parle des bains froids au point de vue hygiénique, il prescrivait plus volontiers les aspersions et les fomentations d'eau froide sur des régions hémorrhagiques (Aph. 23, sect. 5.), sur

des régions brûlées par l'action du soleil (ib.), sur celles frappées d'érysipèle (ib.), sur les tumeurs des articulations pour apaiser les douleurs, soit arthritiques simples, soit goutteuses. (Aph. 25, sect. id). On sait que Dupuytren, a, dans beaucoup de cas, imité dans le cœur de l'hiver la pratique d'Antoine Musa, pour des maladies chroniques de la moëlle épinière et avec un grand avantage; nous lui avons vu prescrire le bain froid au mois de janvier, contre la chorée; il faisait glisser le malade entre deux couches d'eau dans une baignoire, par la main de deux infirmiers, qui le soutenaient avec un drap. Il est regrettable de ne pas voir plus souvent prescrire une mesure thérapeutique aussi efficace dans toutes les saisons.

— L'hydrothérapie antique. « Il y a un religieux de l'ordre de Saint-François, dans l'île de Malte, qui fait le médecin, disciple d'un médecin espagnol, appelé Rovida, qui essaie de guérir toutes les maladies, tant aiguës que chroniques, en faisant boire abondamment de l'eau à la glace; et ce n'est pas sans succès. Il en fait boire jusqu'à dix et douze livres, et même davantage en 24 heures. Il ordonne une diète très sévère, de sorte qu'il n'a donné à de certains malades uniquement que de l'eau pendant vingt jours, un mois entier, et même deux, leur interdisant toute nourriture et même le bouillon; et ils ont été guéris. Dans la dysenterie même, et dans l'inflammation des viscères du bas-ventre, il a fait prendre des lavements d'eau à la glace, qui bien loin d'avoir nui, ont été salutaires. Il n'attend pas la sueur comme le docteur Hancock; au contraire, il empêche autant qu'il peut les malades de suer, après avoir bu cette eau. Elle passe par les urines ou par les selles. » (Geoffroy, Mat. Méd. t. I, p. 84, 1743). — Singulier rapprochement entre le moine rusé de Malte, et son imitateur, le judicieux paysan de Grœfenberg!

Les médecins qui ne savent pas que l'eau simple, absorbée en grande quantité, surtout lorsqu'elle est froide, est un puissant hyposthénisant, ont de la peine à croire les guérisons réelles qu'on peut obtenir à l'aide de ce moyen, surtout dans certaines affections chroniques. « Un certain docteur, en Angleterre, appelé Hancock, dit Geoffroy, a recommandé l'eau froide, comme un puissant sudorifique et un puissant fébrifuge. Il prouve, par beaucoup d'observations, que les fièvres intermittentes et continues, même d'un mauvais caractère, et (ce qui est encore plus), que la petite vérole et la rougeole peuvent être guéries par ce seul et unique remède, surtout, si dès le commencement de la maladie, on fait boire de l'eau froide pour exciter la sueur. Dans les fièvres intermittentes, un peu avant le redoublement, et dès le commencement de la maladie, il fait boire aux enfants six ou huit onces, et aux adultes une ou deux livres d'eau à la glace, dans l'espace d'un quart d'heure, ou d'une demi heure, dans leur lit, sans être plus couverts qu'à l'ordinaire; et peu de temps après, il vient souvent une sueur abondante, ou du moins il se répand partout le corps une douce chaleur qui n'est pas moins salutaire que la sueur. Dès la première fois, l'accès de la fièvre diminue, souvent même il ne revient plus. Il faut cependant réitérer ce remède une ou deux fois, avant l'heure de l'accès ou du redoublement. Il est rare, dit cet auteur, que la troisième dose de ce remède ait manqué » (Ibid).

Sans doute que dans l'état actuel de la science, nous n'avons pas besoin de nous en tenir à ce simple secours pour traiter les maladies hypersthéniques ou à fond d'excitation. Cependant, il est une foule de cas où les moyens pharmaceutiques ne sont pas tolérés ou échouent. Ajoutons que des combinaisons mal calculées les rendent aussi quelquefois inutiles, si non nuisibles. L'usage de l'eau, *intus et extra*' est donc digne de fixer l'attention des praticiens; les faits publiés par M. de Lacorbière, et ceux plus récents encore qu'a fait connaître M. Scutteten, dans son ouvrage sur l'hydrothérapie, recommandent hautement une ressource d'une grande efficacité et à peine étudiée jusqu'à ce jour. Nous nous sommes nous même traité deux fois d'une gastrite aiguë à l'aide de l'eau pure, à la température naturelle, que nous avons prise par petites doses mais d'une manière incessante, de sorte que nous en avons consommé jusqu'à 2 ou 3 000 mille grammes (4 à 6 livres) dans les vingt-quatre heures, avec un résultat parfait. Nous avons traité de la même manière, et sans saignées, des affections fébriles rhumatiques, avec gastro-entérite, et les malades s'en sont fort bien trouvés. L'eau fraîche est prise dans ces cas avec un plaisir véritable, elle rafraîchit et soulage, apaise la fièvre et l'inflammation. Les lavements d'eau froide sont également administrés. Il est bien entendu que l'usage de l'eau n'empêche pas de faire autre chose au besoin.

— Eaux stagnantes. Un savant italien, M. Paoli, s'est livré pendant longtemps à l'analyse chimique des eaux stagnantes dans des localités, en Italie, où les fièvres intermittentes règnent d'une manière endémique. Il s'est principalement arrêté aux étangs de Cesenatico, lieux infects en été, et il a comparé les analyses de ces eaux avec celles qu'il a faites dans d'autres pays. M Paoli a étudié les eaux *paludose del Cesenatico* à différentes époques de l'année, dans le fort de l'hiver, lorsqu'elles étaient gelées, et dans le fort de l'été (juillet et août). Il a examiné séparément l'eau claire de la surface des étangs, et l'eau trouble du fond ou troublée, soit accidentellement, soit artificiellement par l'agitation des couches inférieures. Après un grand nombre d'analyses que M. Paoli a fait faire à un autre chimiste, en même temps que lui il opérait de son côté sur d'autres points, l'auteur est arrivé aux conclusions suivantes, confirmatives de ce qu'on savait déjà : 1° que les eaux des étangs contiennent des sulfates, lesquels sont décomposés par l'action de la chaleur et donnent naissance à du gaz sulfhydrique. La formation de ce gaz est d'autant plus prompte et abondante que la condition du fond de l'étang est mauvaise; 2° que ce gaz se dégage réellement en assez grande abondance pendant l'été, dans les lieux marécageux où l'on rencontre les fièvres intermittentes dites maladies de *mal aria*. L'auteur, cependant, ne croit pas que le gaz sulfhydrique qui se dégage dans ces localités soit le seul élément qui produit l'infection; il pense qu'un principe organique à l'état de décomposition est entraîné en même temps, et c'est ce qui constitue le *miasme* proprement dit, dont on ignorera peut-être toujours la véritable nature. Cette manière de voir est conforme à celle qu'avait émise M. Beilani dans son travail sur les fosses irrigatrices du Milanais; il attribue en effet l'insalubrité de cette contrée à la décomposition des sulfates contenus dans l'eau, par la réaction réciproque de la chaleur et des substances organiques, etc. Le gaz sulfhydrique étant très soluble, s'accumule en grande quantité dans l'eau et suit le liquide dans ses filtrations à travers les terres. Partout où ces conditions de dégagement existent dans des terres pourvues de matières sulfatiques et organiques en décomposition, il n'est pas nécessaire de la présence des marais pour que les miasmes se développent; il suffit d'une pluie ordinaire pour que cela ait lieu. Aussi, voit-on souvent les fièvres endémiques dans des lieux secs, dans des fabriques de briques, dans des endroits pourvus de fours à briques, surtout dans le principe de la cuite, lorsque la chaleur est encore faible et dégage l'humidité sous

forme de vapeurs avec les produits des substances organiques en décomposition qu'elles contiennent. On sait en effet que les argiles qui servent à la fabrication des briques sont un mélange de plusieurs terres contenant des débris organiques que les eaux y transportent. (Extrait d'un mém. prés. au 5e congrès sc. ital.; *Gazetta Toscana delle sc. med. fis.*, 15 juin 1844.)

Les eaux thermales dites de la Bourboule (Puy-de-Dôme).— Le nom des eaux de la Bourboule est à peine indiqué dans les traités d'hydrologie médicale, et pourtant il y a là un établissement thermal. Ces eaux jouissent d'une bonne réputation dans leur département, et sont fréquentées tous les ans par un grand nombre de malades des alentours. M. le docteur Choussy, qui en est le médecin inspecteur depuis seize ans, a bien voulu nous communiquer ses observations manuscrites, pour la rédaction de cette courte notice.

La Bourboule est un hameau de la commune de Murat, à une lieue du Mont-d'Or, à douze lieues de Clermont-Ferrand, situé dans une belle vallée, à 846 mètres au dessus du niveau de la mer. L'établissement thermal a pris le nom du pays lui même, et, par son voisinage avec les célèbres sources alcalines du Mont-d'Or, il est visité par tous les baigneurs de ces sources, et leur sert en même temps de succursale. Les eaux de la Bourboule, cependant, ont un autre caractère que celles du Mont-d'Or; elles sont salino-thermales et acidules à la fois, à l'instar de celles de Plombière, de Balaruc, de Châtel-Guyon, de Chaudes-Aigues, etc. C'est déjà dire qu'elles sont très importantes, et les cures qu'elles opèrent tous les ans attestent leur haute efficacité. Ces eaux doivent apparemment contenir de l'iode et du brome, comme toutes celles de la même famille. Malheureusement on ne possède, au point de vue chimique, qu'une analyse faite il y a fort longtemps (1827), par M. Lecoq; ce travail a besoin d'être repris par des mains habiles, d'après les connaissances actuelles. Ce serait ajouter considérablement au prix de ces sources que de s'assurer de la présence de l'iode et du brome. Voici, au reste, le relevé de l'analyse de M. Lecoq :

1,000 grammes évaporés à siccité, donnent:

Acide carbonique libre	1,4402
Azote	0,0756
Hydrochlorate de soude	3,3662
Bicarbonate de soude	1,9493
Sulfate de soude	0,2656
Hydrochlorate de magnésie	0,1490
Hydrochlorate de chaux	0,0142
Silice	0,0667
Alumine	0,0435
Bicarbonate de fer. — Matière grasse animale soluble, par sa combinaison avec de la soude. — Matière animale insoluble.— Hydrosulfate de soude	
Perte	0,0220
	7,3923

Telle qu'elle est, cette analyse prouve que les principes dominants du liquide sont le sel marin, le bicarbonate de soude et le gaz acide carbonique libre. C'est aussi ce qu'on rencontre dans les sources du même genre les plus renommées. L'analyse, cependant, n'apprécie pas quantitativement un autre élément important que l'observation oculaire découvre en abondance sur les parois des bassins de la Bourboule, nous voulons parler du carbonate de fer. Dans notre opinion, cette eau offre une certaine supériorité sur celles du Mont-d'Or, par la raison qu'elle est plus riche en principes fixes d'une grande efficacité, et qu'elle joint à celle-leurs, comme celles-ci, d'une abondance extrême de gaz acide carbonique. Ajoutons que la présence de l'hydrochlorate de soude suppose l'accompagnement d'un iodure et d'un bromure qu'on n'a pas encore cherchés, et qui, ainsi que nous l'avons dit, ne peuvent manquer de relever ces eaux dans l'opinion des médecins. L'établissement thermal de la Bourboule n'est encore qu'un petit bâtiment, contenant huit baignoires et plusieurs douches; mais il peut s'agrandir, car les eaux sont abondantes. Il y a six sources, dont quatre seulement sont utilisées. Leur température constante offre une gradation heureuse de 34 à 54 centig., ce qui permet de faire des mélanges à loisir, sans avoir recours aux eaux non minérales. La source principale est appelée *Grand bain;* elle donne 27 litres par minute. La seconde est nommée *la Bagnassou*; elle donne 10 litres par minutes. La troisième a pris le nom de *Source des fiévreux*. La quatrième enfin, *la Rotonde*. Ces deux dernières ensemble donnent 27 litres par minute; elles existent dans un petit bâtiment à part, mais leurs eaux sont conduites dans les récipients des premières. Somme totale 64 litres par minute. Il y a par conséquent de quoi servir largement un grand nombre de bains par jour. Ces simples notions doivent faire pressentir quelles doivent être les propriétés thérapeutiques des eaux de la Bourboule. L'action hyposthénisante vasculaire et gastrique qu'on connaît à leurs éléments minéralisateurs, doit les rendre efficaces dans une foule de maladies diverses à fond d'excitation.

Dans les faits recueillis dans son long exercice, M. le docteur Choussy énumère les affections suivantes dans lesquelles ces eaux lui ont paru produire des effets salutaires; savoir, les affections scrofuleuses en général; les maladies chroniques de la peau (dartreuses ou autres); les ulcères simples avec ou sans fistules, ou carie; les tumeurs blanches articulaires; les raideurs des articulations; les arthrites chroniques par entorse ou autre cause traumatique; les coxarthrocaces avec ou sans luxation spontanée; les aménorrhées, la chlorose, les fleurs blanches, les paralysies en général, les affections rhumatismales chroniques, les phlogoses viscérales anciennes, etc. Toutes ces maladies, si diverses en apparence, offrent au fond une condition commune, l'irritation phlogistique; c'est précisément cette condition que les eaux de la Bourboule combattent; de là des améliorations ou des guérisons. Les personnes qui n'ont pas étudié les eaux minérales au point de vue dynamique, s'étonnent sans doute de ces résultats, et sont portées à regarder ces assertions comme exagérées; nous pensons, nous, au contraire, d'après des observations que nous avons faites à des sources analogues à celles de la Bourboule, que le nombre d'affections guérissables peut être même élevé au-delà du cercle précédent la même action étant applicable à toutes les maladies hypersthéniques indistinctement. Le vulgaire ne voit dans ces sortes d'eaux salines que l'effet le plus matériel, c'est-à-dire les sécrétions et excrétions qu'elles provoquent (urines, garde-robes, sueurs); le médecin instruit remonte un peu plus haut et regarde ces effets comme secondaires. C'est l'action primitive, immédiate, intrinsèque qui guérit; cette action porte sur la vitalité des organes, sur leur force fonctionnelle, et constitue le dynamisme dans notre sens. Disons enfin que, comme les autres eaux salino-thermales, celles de la Bourboule se prennent en boisson, en bain, en douche; M. Choussy a soin de mesurer attentivement le degré de calorique qui convient à l'eau de chaque malade, cet élément étant par lui-même excitant, et pouvant, par conséquent, nuire au-delà de certaines limites. Un dernier fait remarquable aux sources de la Bourboule, c'est que les animaux domestiques du pays et des alentours (bœufs, vaches, chèvres, che-

vaux), les connaissent et les boivent avec avidité quand ils sont malades, ils se guérissent ainsi le plus souvent avec une grande promptitude, surtout lorsqu'ils sont affectés d'une certaine maladie que les gens du pays appellent la *lèche*, sorte de gastrite ou gastro-entérite, qui s'accompagne d'inappétence et leur fait rechercher des objets salés.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

De la chute et de la reproduction des poils, des cheveux, des ongles et de l'épiderme, *après les affections typhoïques graves; par M.* J. Facen, *médecin à l'hôpital de Venise* (1).

Le sujet de ce mémoire m'occupe depuis 1839 ; je l'ai déjà touché en passant dans mon travail *Sur la fièvre gastro-typhoïque*, publié en 1840; je le complète aujourd'hui en le reprenant dans ses détails d'ensemble. Chez l'homme, comme dans toute la famille des mammifères, la surface du corps est plus ou moins couverte de poils qui, à l'instar des plumes chez les oiseaux, sont destinés à servir d'ornement et à d'autres offices encore. Les poils sont ou permanents ou provisoires (*decidui*), selon qu'ils sont implantés profondément ou superficiellement dans le derme. Les poils provisoires donnent lieu à la *mue* chez les animaux, surtout à l'époque du rut. L'anatomie nous a parfaitement signalé la nature des poils. Chaque tige pilaire émane, comme on sait, d'un organe vésiculeux qu'on appelle bulbe et qui est implanté dans le derme. Le bulbe offre une forme et un volume variables; il est ici ovale, là rond, à côté pyramidal, selon la nature des poils qu'il doit secréter ; il constitue un sac fibreux, composé de deux membranes dures et résistantes, implanté dans le tissu cellulaire sous-cutané, avec son sommet retourné vers le derme et ouvert à ses deux extrémités. Il consti ue, par conséquent, une sorte de crypte sécréteur, dans lequel entrent, par l'ouverture postérieure, des vaisseaux sanguins et lymphatiques et des filaments nerveux destinés à la nutrition et à la vie de la racine de chaque poil. Par son ouverture antérieure s'élance la tige pilaire, laquelle vient traverser le derme et l'épiderme. Les petits vaisseaux s'épanouissent dans la membrane interne et y secrètent une sorte de lymphe gélatineuse, dans laquelle nage la racine de chaque poil. Chaque bulbe est entouré d'une enveloppe celluleuse qu'on appelle *fanère*.

« La racine de chaque poil, dit Caldani, est blanche, conique, souvent courbe; elle nage dans une humeur visqueuse ou grasse qui occupe la cavité cylindrique du sachet indiqué... Chaque poil est accompagné de la membrane interne du sachet; il sort du bulbe et perfore le derme obliquement, et, parvenu à l'épiderme, il entraîne avec lui une couche très mince de cette membrane jusqu'à une certaine hauteur, de sorte qu'elle forme autour de la tige une sorte de gaîne, véritable étui qui, dans les longs poils, se termine en mourant. On peut considérer chaque poil comme formé de plusieurs filaments élastiques, joints ensemble à l'aide d'un tissu cellulaire très court et par la gaîne extérieure. On en a compté quelquefois jusqu'à dix qui, dans les longs poils, comme les cheveux, se terminent en deux pointes et forment les cheveux bifurqués. L'extrémité des poils courts est conique. » (*Nuovi elem. di Anat.*, t. 2, p. 128. Venise, 1824.)

M. Berzelius considère les poils comme autant de petits tubes cornés, ne différant autrement des plumes et des cornes que par leur volume. Si l'on arrache brusquement une soie de porc, ou de la moustache d'un chat, on constate aisément à l'aide d'une lentille la racine qui, étant coupée du bulbe, paraît déchirée, et l'on peut vérifier facilement les données anatomiques qui précèdent. Les physiologistes ne s'accordent point, au reste, sur le mode d'accroissement des poils. On admet, il est vrai, que le poil émane du centre du bulbe et tire sa subsistance de la lymphe gélatineuse, qui transsude de la membrane interne vasculo-nerveuse de la capsule bulbienne, mais les uns disent que c'est par des couches coniques et concentriques que l'accroissement s'opère, comme dans les cornes des animaux, tandis que d'autres prétendent que la chose a lieu par une sorte d'imbibition.

Si la première opinion était prouvée, on pourrait trouver dans l'étude du développement des cornes un éclaircissement sur le mode de nutrition et d'accroissement des poils. La structure lamellée, qui résulte des cônes concentriques qui constituent chaque poil d'après cette doctrine, permettrait de concevoir comment un poil, lorsqu'il tombe spontanément (muc) ou par maladie, se reproduit très facilement, par la raison que les premiers cônes de la racine persistent; tandis que l'arrachement qui entraîne les cônes originaires ou la chute spontanée qui s'accompagne de leur atrophie comme dans la vieillesse, après les grands chagrins ou les excès vénériens, n'est pas suivie de reproduction. On prétend généralement que les poils sont des productions cornées inorganiques; aussi sont-ils insensibles à la coupe, et le microscope le plus fin n'a pu y découvrir le moindre rudiment de circulation. Cependant si leur existence n'était pas réglée par un influx nerveux et par une circulation, s'ils n'avaient pas de vitalité, en un mot, leur accroissement n'aurait pu non plus se faire régulièrement, et lorsqu'ils tombent spontanément ils ne devraient pas se reproduire avec la même régularité que les premiers. On sait d'ailleurs qu'il est d'autres parties du corps qui semblent, en apparence, dépourvues de vaisseaux et de nerfs dans l'état normal, et que les maladies pourtant rendent extrêmement sensibles dans certaines circonstances; qu'elles se tuméfient et donnent même du sang dans quelques cas, etc. D'après les analyses chimiques, les poils offrent la même composition que les cornes, les ongles et l'épiderme, la seule différence étant dans la forme. Il est cependant quelques particularités élémentaires qui rendent compte de la différence de couleur, de consistance, de flexibilité que les poils présentent chez l'homme et chez

(1) *Memoriale della medec. contemporanea, mai* 1844.

les animaux ; je ne m'y arrêterai pas. Je rappellerai seulement un fait qui se rattache à notre sujet, savoir que le principe colorant se trouve dans la matière grasse des poils ; en effet, l'alcool leur enlève aisément la couleur et les laisse tout à fait blancs ou gris, ce qui conduit à penser que dans la vieillesse les poils grisonnent ou blanchissent par cessation de la secrétion de matière grasse, par obstruction ou atrophie lente des vaisseaux des bulbes. C'est ce qui a lieu aussi par suite de chagrins profonds et même par l'action d'un froid très intense, car on voit dans les hivers rigoureux le lièvre des Alpes blanchir manifestement, tandis que son poil est gris en été. On voit aussi les poils devenir blancs sur les lieux des brûlures, des ulcères anciens, faute de secrétion de matière grasse colorante. J'ai observé plusieurs individus perdre instantanément et sans retour la barbe et les cheveux, par suite d'un effroi, et d'autres blanchir en un instant par la même cause, soit dans la totalité, soit dans une partie des cheveux et de la barbe. On se rend compte de ces phénomènes par l'influence de la cause sur la circulation périphérique. Au reste, on comprend que, n'étant doués que d'une faible vie latente, les poils ne peuvent être sujets à un grand nombre de maladies. Je ne m'occuperai ici que de leur chute chez les convalescents de fièvre typhoïde grave.

Un premier fait important à noter c'est que cette chute n'a lieu qu'après que la maladie a déjà disparu et que le malade est entré en pleine convalescence ; de sorte que c'est là une donnée précieuse pour le pronostic. On dirait que l'organisme se trouve alors dans les mêmes conditions que celui des animaux qui subissent normalement le même phénomène à l'époque de la mue, qui, comme on sait, succède ordinairement à celle des amours ; tous les animaux cependant n'y sont pas sujets; l'homme en est exclu, mais en cas de maladie ses conditions organiques peuvent changer. On ne peut cependant comparer une pareille chute chez l'homme à celle qui s'observe dans la vieillesse, car à cet âge le fait est physiologique et il n'y a pas de reproduction, tandis que dans l'autre cas il s'agit d'une sorte de crise physio-pathologique et les poils se reproduisent. Ceci mérite quelque considération.

Dans le cinquième chapitre de mon ouvrage, sur la fièvre gastro typhoïque, j'ai soutenu que la pathogénie et la nature de cette maladie dépendaient complétement d'une condition hypersthénico-irritative qui en constituait la diathèse, et que cette condition avait pour point de départ des aliments de mauvaise espèce, qui irritaient l'estomac et les intestins d'abord, et transmettaient ensuite de proche en proche leur action aux systèmes lymphatique et veineux, puis, à tout l'organisme, avec réaction fébrile générale, communicable par miasme, ce qui rend la maladie épidémico-constitutionnelle. C'est aussi à la même condition irritative et phlogistique que nous attribuons d'autres affections qui envahissent si souvent le bas peuple, telles que la variole, la scarlatine, la miliaire, le choléra, la fièvre jaune, etc. Reçu soit par un miasme, soit par les aliments, le principe de la maladie paraît porter plus particulièrement son action sur les vaisseaux des organes membraneux et de la peau; en particulier, sur ceux de la muqueuse gastro-intestinale et de la séreuse cérébro spinale. Il en résulte des symptômes d'abord gastriques, puis, dermiques (pétéchies), enfin, cérébraux. Par la première action sur les follicules de Peyer et de Brunner, il s'ensuit de la rougeur, du gonflement, des ulcérations, des perforations dans l'intestin; mais bientôt le mal se propage à tout le système, et des phénomènes nerveux se déclarent. Le principe varioleux paraît transmettre électivement son action aux glandes cutanées; il les irrite, les congestionne, les enflamme, les fait suppurer; mais il arrive également que le mal réagit sur les enveloppes du cerveau, et il s'ensuit des phénomènes analogues à ceux de la fièvre typhoïde. On peut en dire autant de plusieurs autres affections contagieuses. Il résulte, de ces simples remarques, que la condition hypersthénico-irritative qui constitue l'essence de la fièvre typhoïde doit, lorsqu'elle est assez intense, se transmettre à la peau par continuité de tissu (les muqueuses et le derme n'étant qu'une même enveloppe), et porter nécessairement atteinte au système dermique. L'irritation phlogistique envahit tous les tissus du derme, les glandes mucipares, comme les follicules sébacés, les bulbes pilifères, comme les vaisseaux, les nerfs et l'épiderme. Aussi, voyons-nous dans la période avancée des fièvres typhoïdes, la peau s'affecter manifestement, devenir aride, âpre, ratatinée, sèche; quelquefois se couvrir d'une humeur visqueuse, tenace; d'autrefois, acquérir une teinte livide, terreuse, obscure. De là, la desquammation de l'épiderme, l'intumescence leuco-phlegmasique, l'éruption miliaire ou phthiriasique (pédiculaire), des ulcérations dermiques ou des abcès multiples, phénomènes qui ne peuvent laisser de doute sur la transmissibilité de l'irritation phlogistique du derme interne au derme externe. Cette irritation externe n'est, au fond, qu'une véritable dermite, ou, si l'on veut, d'après le langage de notre école, une phlébo-artérite capillaire périphérique. Les bulbes pilifères participent nécessairement à cette action morbide. L'idée qui se présente naturellement, c'est que les petits vaisseaux artériels, veineux et lymphatiques qui animent la membrane interne ou sécrétoire de chaque bulbe, et qui nourrissent les tiges pilaires, doivent se ressentir plus ou moins de ce travail irritatif, et leur fonction s'altérer en proportion ; de là, probablement, une sorte d'atrophie des poils qui en dérivent, et par suite leur chute spontanée. En d'autres termes, dans la période la plus avancée de la fièvre typhoïde, les tuniques des ampoules bulbiennes sont frappées elles-mêmes de la même condition qui constitue la source de l'affection dothinentérique, et il en résulte un trouble de leur fonction physiologique. Cette condition étant de sa nature phlogistico-irritative, doit nécessairement parcourir une longue période avant de se résoudre ; les poils ne re-

cevant plus l'alimentation ordinaire doivent finir par mourir et tomber. Cependant ils ne se détachent pas immédiatement de leur bulbe; ils y restent attachés pendant quelque temps, par la raison que le point d'implantation de la tige y reçoit encore probablement quelques sucs alimentaires pendant quelque temps. Le bulbe restant néanmoins, finit par reprendre sa vigueur, et des poils nouveaux se produisent. La nouvelle sécrétion dans la convalescence chasse les tiges pilaires anciennes atrophiées, et détermine leur chute à l'instar d'un os nécrosé qui est expulsé par le bourgeonnement du nouvel os. De longues observations sur des sujets typhoïques ne m'ont pas laissé de doute à cet égard.

J'ai recueilli beaucoup de cheveux, à mesure qu'ils tombaient, de la tête d'une jeune personne qui avait passé par tous les degrés d'une fièvre typhoïde des plus graves, et qui s'était échappée comme par miracle, et je les ai examinés attentivement au microscope; j'ai comparé ces cheveux à ceux d'une autre jeune personne bien portante, de même âge, de constitution analogue et de chevelure de même couleur; la différence était bien remarquable. Les cheveux de la première étaient plus maigres, plus raides, et se terminaient par une racine conique et sans ce petit renflement graisseux qu'on rencontre dans les cheveux sains; tandis que ceux de la seconde offraient un aspect plus doux, plus flexible, plus luisant et plus rond; leur racine présentait un renflement graisseux, blanc, mou, et laissait transpirer une humeur très tenue. Les ayant fait analyser chimiquement, séparément, les cheveux de la convalescente ont donné moins de mucus.

J'ai déjà fait remarquer que chez les convalescents de maladies graves surtout de fièvre typhoïde, les poils ne tombent pas immédiatement après la cessation de la fièvre; ils ne commencent à tomber que vingt ou trente jours après; la chute marche lentement jusqu'à ce que tous les cheveux, tous les poils de la barbe et du reste du corps finissent par disparaître. Les nouveaux poils paraissent d'abord minces comme un faible duvet; ils se développent ensuite et acquièrent petit à petit de la consistance, de l'épaisseur, de la longueur, et ils finissent par devenir aussi abondants et aussi forts que les anciens, dans l'espace de trois à six mois. Chez les jeunes personnes ou les jeunes femmes, et chez les jeunes gens pubères, de bonne constitution, la chute et la reproduction des poils est prompte et régulière. Chez les vieillards faibles, au contraire, la chose n'arrive que lentement et irrégulièrement, ou bien la chute n'a point lieu, ou bien encore il n'y a pas de reproduction, ce qui les laisse chauves et imberbes. La chute des poils ou leur reproduction ne s'observe pas non plus chez les sujets dont la fièvre typhoïde ne se termine pas par une résolution franche et complète. On comprend aisément ces différences que nous avons vérifiées sur un très grand nombre de malades en se rappelant la doctrine que nous venons d'émettre sur le mécanisme de la chute de chaque tige. Il est clair, en effet, que la nouvelle production qui doit chasser l'ancienne s'engendre plus promptement chez les jeunes gens robustes, que chez les sujets avancés en âge et plus ou moins débiles. L'on comprend pareillement comment il se peut que chez quelques sujets jeunes la reproduction n'ait point lieu; c'est lorsque l'irritation dermique a été portée au point de compromettre tout à fait la vitalité du bulbe lui-même. Lorsque le travail d'irritation a anéanti et la tige et le bulbe, le poil quoique mort ne tombe pas de suite, par la raison qu'il n'est pas expulsé par une nouvelle production pilaire; il y reste mécaniquement attaché, mais il perd son lustre et se laisse aisément enlever au moindre frottement.

On peut se demander à présent à quoi tient la *mue normale* chez les animaux. Il est facile de s'en rendre compte d'après les données précédentes. Pendant leur rut la vie est pour ainsi dire concentrée dans les organes abdominaux; elle abandonne en partie la périphérie, et les bulbes éprouvent une sorte d'anémie, ce qui entraîne la mort des poils. Après l'époque des amours, il s'opère une réaction excentrique, et les bulbes reprennent leur faculté sécrétoire; dès lors, les anciens poils sont expulsés par les nouveaux. J'ai examiné au microscope des poils d'un cheval en mue et d'autres d'un autre cheval qui n'était pas dans la même condition; j'y ai trouvé une différence très grande: les premiers étaient plus maigres, plus secs, plus rigides, moins luisans que les seconds, et en même temps dépourvu du renflement graisseux dont nous avons parlé. C'est exactement comme chez les sujets qui les perdent par maladie. A la cause que je viens d'indiquer, il faut en ajouter une autre qui favorise la mue chez les animaux, c'est le froid de l'hiver. Je crois avoir remarqué que la mue du printemps est d'autant plus générale et abondante que l'hiver a été rigoureux. La concentration de la vie pendant le froid est la cause véritable de la mue. Le grisonnement de la barbe et des cheveux qui succède à certaines causes morales se rattache au même principe. Il est à remarquer cependant que quand les poils ou les cheveux tombent par cette cause, ils ne renaissent pas ordinairement malgré que le sujet soit encore jeune. Je n'ai pas eu l'occasion d'observer de ces poils tombés par suite d'une peur; mais j'ai connu plusieurs personnes qui étaient devenues chauves et imberbes du matin au soir par cette cause. Quelquefois la chute n'a été que partielle ou par places. On dirait que la cause morale asphyxie ou tue la vitalité du bulbe dans ces occurrences, et qu'elle détermine par là soit l'albinisme, soit la mort de la tige et de l'organe sécréteur. Supposez à présent un travail inverse au précédent dans les capsules bulbiennes, et vous aurez une sursécrétion de matière pileuse; de là, la génèse de poils puissants sur certaines régions malades, ainsi qu'on le voit sur le visage de certaines femmes dont la peau était glabre autrefois. Arrivons à l'épiderme.

L'*épiderme* n'est, d'après certains auteurs, qu'un corps inorganique. Notre grand anatomiste Caldani considère cette membrane comme formée par la surface externe du réticule malpighien, condensé et desséché par le contact de l'air et des autres corps, et dépourvue, ainsi que le réseau lui-même, de vaisseaux et de nerfs. Cette membrane est, comme on sait, plus ou moins serrée, selon que les régions qu'elle couvre sont plus ou moins exposées au con-

tact de corps rudes ; elle est criblée d'un très grand nombre de trous, véritables pores d'exhalation et d'absorption, et par les tiges pilaires elles-mêmes qui la traversent partout ; mais est-il vrai que ce soit là un corps inorganique ? De ce que le scalpel anatomique n'y découvre pas de vaisseaux et de nerfs il ne s'en suit pas qu'elle ne soit pas vivante. Ce qui me fait penser que l'épiderme est organisé et vit à sa manière, c'est que lorsqu'il tombe il se reproduit exactement et toujours avec les mêmes formes, et qu'il ne tombe que lorsqu'il est mortifié ou que les tissus sous-jacents, avec lesquels il vit en communauté sont eux-mêmes malades ou morts. Plusieurs reptiles et insectes changent souvent, comme on sait, tout l'épiderme ; tels sont les sauriens et les ophidiens ; d'autres animaux en changent aussi partiellement. Chez l'homme lui-même l'épiderme du cuir chevelu se renouvelle souvent ; il tombe, en effet, sous forme de petites squammes furfuracées. On sait d'ailleurs que dans les dermatoses en général, depuis la pellagre jusqu'à la lèpre, et depuis les herpès jusqu'à l'érysipèle, pour ne pas parler des maladies fébriles, l'épiderme se desquamme, tombe et se reproduit (1). Il résulte d'autre part, de l'analyse chimique que l'épiderme offre une texture lamellaire, peu élastique, difficile à se putréfier ; que brûlé il exhale une odeur ammoniacale, propre aux substances cornées ; qu'il s'imbibe d'eau tout en restant indissoluble ; que l'acide nitrique le colore en jaune, le sulfurique et le nitrate d'argent en noir, l'hydrogène en gris. Les alcalis le crispent et le détachent. Quelques chimistes lui trouvent les caractères du mucus induré ; d'autres, ceux de l'albumine coagulée. Toutes les substances caustiques minérales et organiques le soulèvent et le détachent du tissu réticulaire ; le calorique léger en fait autant. Le même phénomène a lieu dans les convalescences des affections typhoïdes graves ; il se soulève, s'extorde, se desquamme et tombe peu à peu de toute la surface du derme et donne lieu à un épiderme nouveau qui repullule sous l'ancien.

Ce phénomène de la chute de l'épiderme a lieu souvent avant celle des poils ; il ne se détache pas complétement avant que le nouvel épiderme ne soit déjà formé. Cette chute et cette reproduction, dans les fièvres typhoïdes comme dans d'autres maladies graves et dans les dermatoses, dépendent sans aucun doute des mêmes causes morbides et du même travail des extrémités capillaires du système vasculaire cutané et des glandules sécréteurs. Nous venons de voir que l'irritation phlogistique, dans les fièvres typhoïdes, se propageait de la muqueuse gastro-entérique dans les lymphatiques chylifères et dans les capillaires veineux, et, par continuité, jusque dans le réticule malpighien externe qui suit à la muqueuse gastro-entérique ; que là s'engendrait un nouvel afflux sous l'influence de l'irritation, puis une phlogose nouvelle et consécutivement l'obstruction des petits vaisseaux cutanés sécréteurs et excréteurs ; qu'enfin la circulation capillaire périphérique était troublée au point qu'il s'ensuivait la consomption, l'atrophie et la mort des poils, et nous pouvons ajouter aussi de l'épiderme et des ongles. Après, cependant, que ce travail irritatif et phlogistique a été dissipé à l'aide des moyens de l'art et des forces organiques, que les parties sont revenues à leur état naturel, et les fonctions rétablies à leur rhythme normal, la nature tend de suite à réparer les pertes opérées pendant la fatale révolution ; un nouvel épiderme est de suite engendré, lequel expulse, détache et exfolie l'ancien, sous forme de squammes ou lamelles plus ou moins étendues. Ces exfoliations et ces reproductions dans les maladies typhoïques graves ne s'effectuent pas dans un ordre régulier très précis ; la nature n'y procède que par sauts ordinairement. Tantôt ce sont les joues, tantôt le cou, la poitrine ou les bras qui ouvrent les premiers la voie à l'élimination ; d'autres fois, plusieurs parties se dépouillent en même temps, ou les unes plus et les autres moins, selon le degré d'altération qu'elles ont éprouvé. Nous devons ajouter que dans certains cas l'épiderme se change, non une fois, mais deux et trois fois de suite durant la maladie et la convalescence, tandis que les cheveux ne se renouvellent qu'une seule fois. Le nouvel épiderme, après la chute de l'ancien, se montre très délicat, sensible, facile à déchirer, luisant, doux au toucher ; par la suite cependant il acquiert de jour en jour de la consistance, de la dureté et finit par devenir insensible, de nouvelles couches s'ajoutant aux premières, surtout vers les points sujets à des contacts répétés ou à des frottements. La rougeole, la scarlatine, la variole, la miliaire et l'érysipèle, parmi les maladies exanthématiques fébriles ; la lèpre, la pellagre, les herpès et la gale, parmi les dermatoses apyrétiques, s'accompagnent généralement d'un tel travail dans le derme qu'elles sont suivies de l'exfoliation de l'épiderme.

Les *ongles* sont une continuation du réticule malpighien et de l'épiderme, et ils offrent la même composition, si ce n'est que leur substance présente une plus grande quantité de matière muco-albumineuse, de nature cornée et épaissie. Leur racine s'insère dans le tissu cellulaire sous-cutané, leur face profonde adhère fortement au tissu cellulaire sous-jacent. Je répéterai à leur égard ce que je viens de dire de l'épiderme : de ce qu'ils ne paraissent pas sensibles quand on les coupe, il ne s'ensuit pas qu'ils soient inorganiques, qu'ils ne contiennent pas de vaisseaux ni de nerfs. Les griffes et le bec des oiseaux, les ongles des animaux carnivores, le sabot et les cornes des herbivores, les squammes ou la cuirasse de la tortue, etc., sont de même nature que les ongles humains. L'analyse chimique y accuse la présence de beaucoup de mucus, de l'albumine, du soufre, une huile animale, divers sels métalliques et terreux, comme dans les cheveux et dans l'épiderme, dont ils ne sont qu'une continuation plus condensée. Alibert a donné

(1) On peut voir sur la question de l'organisation de l'épiderme un excellent travail de M. Mojon, intitulé : *Osservazioni anatomico-fisiologiche sull' épidermide*. Broch. in-4°. Gênes, 1820. (*N. du trad.*)

le nom d'*Onigose* au traité des maladies des ongles; je ne dois m'occuper que de leur chute spontanée et de leur reproduction à la suite des fièvres typhoïdes. La reproduction cependant a rarement lieu dans ces occurrences; je ne l'ai observée que dans trois cas seulement que j'ai suivis avec beaucoup de soin, les voici: (Je ne m'arrêterai qu'aux détails relatifs aux ongles.)

1° Un jeune homme, âgé de 15 ans, de constitution lymphatico-scrofuleuse, a été saisi de fièvre gastro-typhoïque grave. Antérieurement, il n'avait éprouvé que quelques attaques d'helminthiase. Il a été traité d'après la méthode hyposthénisante que nous suivons dans nos hôpitaux, (saignées, sangsues, tartre stibié et calomel). Le mal a duré 27 jours. Pendant le fort de la maladie, les ongles étaient livides, un peu bleus (azzurognole). Dans la période de déclin, la teinte des ongles est devenue jaunâtre et tachetée de noir. Vers la fin, leur extrémité libre a commencé à se soulever, puis leurs côtés et leur racine pareillement. Ce soulèvement s'accompagnait d'une sensibilité exquise et d'une douleur sourde. Enfin, l'ongle s'est décoloré tout à fait. Des fomentations émollientes ont adouci cette sensibilité, et les ongles se sont détachés successivement, et sont tombés l'un après l'autre. Au dessous, on voyait le nouvel ongle naissant, mince et délicat, de couleur rose ou blanc de chair, occupant l'espace quadrilatère de l'ancien ongle. Avec le temps, les ongles nouveaux se sont perfectionnés et consolidés comme ceux de l'état normal. Toute cette métamorphose s'est effectuée en 38 jours. — 2° Une jeune personne, tempérament robuste, était traitée pour la même maladie. La résolution franche s'est effectuée vers le troisième septenaire. Pendant l'affection typhoïde, les ongles ont paru livides et jaunâtres, douloureux, jusqu'à faire soupçonner un panaris commençant. Enfin, vers la convalescence, soulèvement et détachement spontané des ongles des pieds et des mains; chute et reproduction *ut supra*. Les ongles nouveaux étaient d'abord très sensibles, mais ils se sont consolidés en peu de jours avec une parfaite régularité. — 3° Un jeune berger, de constitution pellagreuse, a été reçu pour une fièvre typhoïde, avec délire furieux, soubresauts tendineux et éruption dermique fine, particulière. Pendant sa maladie, les ongles des mains étaient devenus, les uns livides les autres pas. Il a été guéri de l'affection dans l'espace de 27 jours, à l'aide de la méthode indiquée; les ongles qui étaient un peu livides ont commencé à blanchir, puis à se soulever et à tomber. De nouveaux ongles les ont remplacés, mais quelques-uns de ces derniers ont offert des plis anormaux qui les rendaient monstrueux, soit parce que le patient avait négligé les applications émollientes, soit parce que leur matrice était restée intéressée. Ce qu'il y a de certain, c'est que les ongles qui tombent par suite de maladie idiopathique ou locale se reproduisent difficilement avec les caractères de régularité et de beauté des premiers. Cela nous conduit à penser que l'ongle est d'une organisation un peu plus compliquée que les poils et l'épiderme, puisque ces derniers se reproduisent toujours avec régularité.

Il est remarquable que chez l'homme les parties susceptibles de reproduction sont précisément celles qui abondent de mucus dans leur composition, telles sont l'épiderme, les ongles, les poils. Sous ce rapport, ces parties paraissent se rapprocher de la composition des animaux de la classe inférieure, dont le corps se reproduit aisément après les grandes mutilations; les animaux infusoires, les annélides, les mollusques, les batraciens, les sauriens, etc., se trouvent dans ce cas; leur organisation, en effet, semble ne résulter que d'un amas de mucus consolidé. Les plumes chez les oiseaux, les cornes chez les mammifères rentrent dans les mêmes conditions. Toutes ces parties, en effet, jouissent d'une vie très faible et occulte, mais enfin elles vivent et se reproduisent.

DOCUMENTS DIVERS.

—Du valérianate de zinc. Il y a déjà plusieurs mois que les journaux italiens, et dernièrement encore les journaux français de médecine se sont occupés du nouveau sel de zinc qu'a proposé le prince Louis-Lucien Bonaparte. Nous avons cru devoir attendre avant d'en parler, par la raison que les résultats qu'on avait obtenus n'avaient pas paru assez concluants, ainsi qu'on va le voir. Au point de vue chimique, le valérianate de zinc ne constitue pas un produit nouveau. On connaissait parfaitement l'acide valérianique et plusieurs valérianates, sans en exclure même le produit de cet acide avec l'oxyde de zinc. On peut voir dans Berzelius deux belles pages consacrées à ce sujet (*Chimie*, t. V, p. 98), et pour ce qui est en particulier du corps en question, on y lit les lignes suivantes : « Le valérianate zincique cristallise en lames par le refroidissement de sa dissolution chaude, et en aiguilles par l'évaporation spontanée » (p. 99). Nous croyons, par conséquent, tout à fait superflu de reproduire les descriptions récentes relatives au mode de préparation du valérianate de zinc, car elles n'apprennent rien de neuf aux hommes instruits. Disons seulement que le sel en question, est parfaitement soluble dans l'eau, et qu'il a été administré en Italie à doses variables, depuis 25 centig. jusqu'à 1 gr. et 1/2 par jour (1 à 30 grains). Dernièrement, un médecin de Lyon, M. Francis Devay, a publié un travail dans lequel il rapporte plusieurs faits assez remarquables. Nous croyons rendre hommage à la vérité et service à la science en présentant brièvement l'historique exact des faits acquis sur ce sujet.

Le valérianate de zinc, ainsi que le valérianate de quinine sont expérimentés depuis deux ans dans plusieurs cliniques d'Italie. On y a proposé aussi, depuis quelque temps les valérianates de bismuth et de fer. Le premier qui a expérimenté chez l'homme le valérianate de zinc, c'est un médecin de Cortona, le docteur Baldassare Buffalini, parent, peut-être, du professeur Buffalini, de Florence. Ses observations ont été publiées dans les Annales médico-chirurgicales de Rome (avril 1843). Il ne l'a donné qu'à la dose de 4 centig., matin et soir, en pilules, contre plusieurs névralgies faciales et contre la chorée; les résultats en ont été avantageux. Peu de temps après, le docteur Cerulli a publié à son tour, dans le Bulletin des sciences médicales de Bologne, une suite d'observations cliniques qui venaient confirmer les précédentes. Au reste, M. Cerulli déclare avoir vu employer pour la première fois le remède à la clinique de Florence, sur une jeune personne choréique. Il a traité avec succès, entre autres, un cas d'épilepsie. Le 6 mars 1844, le docteur Fario, de Venise, lisait à l'Athénée de cette ville un mémoire sur le même sujet et dans lequel il rapportait cinq observations, dont une communiquée par le docteur Trois. Dans ces observations, le résultat du remède a été complétement négatif, et l'auteur combat comme des exagérations les conclusions des cliniciens précédents. Il s'agit dans ces cas de névralgies orbitaires. M. Fario a aussi employé inutilement la pommade de valérianate de zinc. A l'in-

térieur, il a porté la dose jusqu'à un gramme et demi par jour (30 grains). Tous ces malades ont été guéris consécutivement de leurs névralgies à l'aide du bismuth, de la ciguë et d'autres moyens. Sa conclusion est que le valérianate de zinc est un remède hyposthénisant, sans doute, mais d'une action très faible. Comme collyre, il a agi à l'instar des antiphlogistiques légers. En pommade, il se décompose aisément à cause de la volatilisation du principe acide (*Mem. della med. contem.*). Dans le mémoire que vient de publier M. Devay, dans la Gazette médicale de Paris, sont rapportés plusieurs faits en faveur du valérianate de zinc, et confirmatifs des observations de MM. Buffalini et Cerulli, contre les névralgies faciales, la migraine et le satyriasis; il l'a donné en pilules et en poudre, mêlé à du sucre, à la dose de 5 à 10 centig. par jour.

Dans la 1re observ., il s'agit d'une névralgie grave du nerf facial, datant de treize ans, chez un homme de 43 ans, le mal avait résisté aux médications ordinaires. Guéri en huit jours à l'aide du valérianate zincique. Récidive. Même moyen, guérison durable. La 2e observation se rapporte à une névralgie sus-orbitaire, datant de cinq mois, chez une femme de 31 ans, et qui avait résisté aux pilules de Meglin. Guérison en peu de jours à l'aide du valérianate. Suivent quatre autres observations, dont une de névralgie périorbitaire, une autre de névralgie intercostale, une troisième de céphalée réputée nerveuse chez une jeune fille de 10 ans, une quatrième enfin d'hémicranie intermittente grave. Ces faits ont une valeur réelle et font demander naturellement si le valérianate de zinc employé par les deux médecins de Venise n'était pas mal préparé, leurs résultats ayant été si différents. Disons enfin, que le docteur Turchetti, dans une lettre adressée au prince L. Bonaparte et insérée dans la *Gazetta toscana delle scienze medico-fisiche*, du 1er juillet 1844, rapporte aussi un cas de chlorose très grave qu'il a guéri à l'aide du valérianate de zinc; il a prescrit ce remède à la dose de 30 centig. (6 grains), réduit en douze pilules avec extrait de quinquina, à prendre d'abord deux, puis trois, ensuite quatre par jour. La lettre de M. Turchetti se laisserait lire, au reste, avec intérêt sans la ridicule épithète d'Excellence qu'il donne au savant destinataire. Tels sont les faits que la science possède sur le sel de zinc qu'on vient de remettre en honneur. Dans notre opinion, le valérianate de zinc n'est plus ni moins que le sulfate de zinc au point de vue général. Comme remède nervin, cependant, c'est-à-dire doué d'action élective, on ne saurait contester à la valériane une influence réelle. On pourrait, en conséquence, à défaut de valérianate de zinc prescrire une infusion de valériane, conjointement avec un autre sel soluble la même base.

— L'Axonge (graisse de porc). Au point de vue chimique, il n'y a d'autre différence entre le saindoux et l'huile d'amandes ou d'olives, qu'en ce que le premier contient une certaine proportion de stéarine, qu'on ne rencontre pas dans les huiles. L'axonge en effet, ne serait d'après les chimistes, qu'une solution de 38 parties de stéarine, dans 62 d'oléine. Cette croyance est basée sur ce fait, qu'en pressant longtemps l'axonge, et avec force à 0° dans du papier buvard, celui-ci enlève 0,2 pour 100 de son poids d'une oléine incolore qui reste liquide, même à un grand froid. La stéarine qui reste, après qu'on a exprimé l'oléine est inodore, translucide, sèche et grenue; sa surface est inégale et composée de petites aiguilles cristallines. La synthèse, cependant, qui est la seule contre épreuve incontestable, n'a pas encore confirmé l'exactitude de ces présomptions. Au point de vue thérapeutique, on ne saurait trouver d'autre différence entre l'axonge et les huiles ci-dessus, que celle qui résulte de la cohésion plus grande du premier de ces corps. Cette cohésion fait qu'il se laisse étaler en grande quantité sur les surfaces malades; qu'il y reste longtemps en contact, et se laisse par conséquent absorber en grande quantité en se liquéfiant. Nous venons de voir (dern. n°), que les corps gras résorbés exerçaient une action dynamique légèrement hyposthénisante. C'est à ce titre que l'axonge est utilement prescrit dans une foule de cas. Dans ces dernières années surtout, la graisse de porc a été employée comme remède externe contre certaines phlogoses superficielles. M. Lisfranc et M. Blandin l'emploient journellement contre les érysipèles simples; ils couvrent la région malade avec une forte couche d'axonge qu'on renouvelle plusieurs fois par jour. M. Blandin lui substitue quelquefois l'huile d'amandes douces, qu'il applique à l'aide de compresses en plusieurs doubles trempées dans cette huile, et exprimées légèrement. On s'en sert aussi communément dans d'autres phlogoses, contre les gonflements ou les clous qui surviennent à la lèvre, au nez, à la figure, et l'on sait aussi le grand emploi qu'on en fait comme excipient (pommades). On s'en servait autrefois, conjointement avec des cataplasmes, pour faire mûrir les abcès, soit en y faisant cuire différents végétaux émollients (oseille, laitue, etc.), soit, ce qui vaut mieux encore, en l'étalant sur les cataplasmes déjà formés. On la prescrit aussi de nos jours comme corps émollient dans le vagin des primipares, contre l'alopécie, les éruptions croûteuses en général, etc. Un fait remarquable dans l'emploi externe des corps gras, c'est qu'ils font beaucoup plus facilement absorber les médicaments qu'on y associe, que si ces mé licaments étaient appliqués seuls; ainsi, par exemple, les extraits, s'ils sont simplement étalés, frictionnés sur la peau, sont absorbés, mais peu; s'ils sont au contraire mêlés, identifiés avec un corps animal, la salive, la graisse, etc., leur absorption devient facile et abondante. Notez bien que cela ne tient pas au degré de consistance différent dans les deux cas, ni à l'application plus égale sur la superficie épidermique, car en réduisant par l'eau ou par un autre corps inorganique la composition au même degré de consistance, on n'obtient pas la même quantité d'absorption. Des expériences, déjà anciennes, ne laissent pas de doutes à cet égard, et elles conduisent à cette conséquence que les substances animales sont plus facilement pompées par le corps de l'homme, que les substances inorganiques.

— Sphygmique. Des recherches récentes sur le pouls chez les enfants ont conduit M. Valleix aux propositions suivantes: « 1° Chez les enfants nouveaux nés, le pouls est moins fréquent qu'à l'âge de six mois. La moyenne, chez les sujets endormis, est de 87, et doit être, à l'état de veille, entre 90 et 100. 2° L'élévation de la température accélère constamment le pouls; mais on n'a pu établir exactement encore le rapport constant entre cette accélération du pouls et l'élévation de la température. 3° L'influence du sexe est déjà très considérable chez les jeunes enfants. Le pouls des petites filles est notablement plus fréquent que celui des petits garçons. 4° Pendant le sommeil, le pouls diminue notablement de fréquence. 5° De sept à vingt-sept mois, le nombre des pulsations ne change pas d'une manière notable; il est de 126, terme moyen, et sans distinction de sexe, et si l'on a égard à cette dernière circonstance, on le trouve de 121 chez les garçons, et de 128 chez les filles. 6° La moyenne des inspirations, chez les enfants âgés de sept mois à deux ans et demie, se trouve entre 30 et 32, et est au nombre des pulsations :: 1 : 4. » (*La Clin. des Hôp. des Enfants.*)

CLINIQUES CHIRURGICALES.

REMARQUES GÉNÉRALES.

Plus de huit cents malades sont passés sous nos yeux dans le courant du mois, dans les différents services de chirurgie des hôpitaux que nous avons fréquentés. Nous en avons examiné un certain nombre avec soin, et nous avons pu, quant aux autres, les envisager sous différents points de vue généraux. Ce sont ces impressions générales que nous désirons d'abord rendre dans ces préliminaires. Pour être aussi exact que possible, nous interrogeons plutôt nos notes que nos souvenirs.

Le cancer est réellement la maladie dominante dans les salles de chirurgie. On l'observe, en ce moment surtout, sous toutes les formes, dans presque toutes les régions et à toutes les périodes. Par une coïncidence remarquable, nous venons de rencontrer dans trois hôpitaux, le cancer du sinus maxillaire gauche, arrivé à une période inopérable. C'est une masse énorme formant un promontoire horrible, relevant la joue, le nez et l'orbite, d'une part; abaissant la voûte palatine, de l'autre; repoussant l'oreille et la lèvre et constituant la plus affreuse des misères de notre espèce. A l'Hôtel-Dieu, c'était une jeune femme déjà opérée une fois; M. Blandin n'a pas cru pouvoir l'admettre une seconde fois dans ses salles. La tumeur offrait le volume des deux poings d'un homme adulte; la peau était distendue, rouge, très vascularisée et sur le point de s'ulcérer. A Saint-Louis, c'est aussi une femme, jeune encore; M. Jobert l'a reçue comme sujet d'étude; elle vient de succomber à des hémorrhagies répétées qui se sont opérées par la peau de la joue; le tissu de la masse était encéphaloïde. A Beaujon, c'est un homme également jeune, il n'est là qu'à titre d'observation; il subira sans doute la même destinée désolante. Que de pénibles réflexions à la vue de ces affreuses maladies et de l'impuissance de l'art! Chez un autre, le cancer était à la langue et s'accompagnait de bubon sous maxillaire. Ici la thérapeutique dynamique de M. Robert a obtenu le plus beau triomphe, grâce au chlorure d'or. Plusieurs nez cancéreux, en partie guéris dynamiquement, se voient à la clinique de M. Lisfranc. Dans un autre cas, le cancer existait à la lèvre inférieure; la main armée de M. Roux en a fait prompte justice. Une jeune personne, aux belles formes, âgée de dix-huit ans, offre, à la clinique de M. Blandin, une tumeur volumineuse d'apparence cancéreuse au sein droit; c'est là un fait assez rare à cause du jeune âge de la patiente. Une vieille femme, de la clinique de M. Velpeau, présente un véritable antre cancéreux d'une fétidité pestilentielle à la vulve et s'étendant à la fois aux grandes lèvres, à la fourchette, à l'urètre, à la cloison recto-vaginale; cette malade sera dirigée sur la Salpêtrière parmi les incurables. C'était à la verge et à l'aine qu'un champignon horrible avait pris naissance chez un ancien militaire (clinique de M. Roux); et chez une femme du même service, le mal s'est développé dans tout l'intestin rectum; tandis que, chez une autre, le cancer s'était insinué jusque dans la moelle de l'humérus (Gerdy). Nous donnons plus bas ces observations. Plusieurs femmes couchées dans les salles de M. Jobert, présentaient au col utérin des végétations volumineuses, manifestement carcinomateuses ou fongueuses, et saignant continuellement: des boutons de feu, répétés un certain nombre de fois, ont produit les meilleurs résultats, le sang s'est arrêté, les tumeurs ont rétrogradé, et l'état des malades s'est réellement amélioré d'une manière notable. Une escharre grisâtre succède à l'application du cautère, les tissus se dessèchent petit à petit, l'écoulement rouge ou blanc finit par disparaître, et une cicatrice franche se déclare enfin sur la partie dévorée par le fer incandescent. Une chose qui doit surprendre, c'est que le col utérin, si sensible en tant d'occasions, se laisse pour ainsi dire *rôtir* par la main du chirurgien, à l'insu de la femme; pas la moindre douleur, à moins que le calorique ne s'étendît à la muqueuse du vagin; mais on le limite aisément à l'aide d'un spéculum plein en ivoire. En somme, nous comptons en ce moment une trentaine de cas de cancer d'un ordre supérieur, si l'on peut parler de la sorte; car nous omettons les cas triviaux, tels que les cancers du sein, par exemple, qu'on opère à la journée.

Les *fractures* des membres, si communes ordinairement dans les hôpitaux, se rencontrent bien rarement en ce moment. A peine compte-t-on quatre à cinq fractures dans les deux services de chirurgie de l'Hôtel-Dieu; deux ou trois dans les deux cliniques de la Charité; un ou deux à la Pitié; quelques-uns à Saint-Louis, et aucun à Beaujon; tandis qu'on ne voyait, dans l'hiver dernier, que des fracturés en masse dans tous les services. La remarque qu'on a faite de la plus grande fréquence des fractures en hiver paraît donc assez vraie. Boyer a fait observer avec raison que cela tient moins à la prétendue fragilité plus grande des os en hiver qu'en été qu'à la dureté et au glissement plus grands des corps qui nous environnent dans la saison glaciale. Parmi les hôpitaux de Paris, deux seulement ne manquent jamais de fractures dans toutes les saisons: ce sont Saint-Louis et le Val-de-Grâce. Le premier est alimenté par les accidents des fabriques voisines, le second par les chutes dans la cavalerie et aux fortifications. Nous croyons avoir remarqué que, dans ces deux hôpitaux, les fractures des membres inférieurs surtout étaient très fréquentes et fort souvent compliquées. L'on voit, au reste, avec satisfaction, les chirurgiens des hôpitaux revenir à l'unité de principes relativement au pansement de la fracture la plus difficile à guérir sans raccourcissement: nous voulons parler de celle du corps de la cuisse. M. Blandin, qui avait pendant quelque temps pris en affection l'appareil dextriné, est revenu aujourd'hui à l'appareil dit de Scultet, dans les fractures diaphysaires du fémur. « Dans ces

fractures, nous a dit cet habile praticien, l'appareil inamovible ne donne pas des résultats bien satisfaisants. » M. Roux, M. Gerdy. M. Lisfranc sont restés fidèles à cet appareil. M. Jobert n'emploie que de simples lacs extenseurs et pas de bandes ni d'attèles, ainsi que nous l'avons décrit dans une autre occasion. Il faut convenir néanmoins que ces appareils ne préviennent que rarement le raccourcissement dans les fractures diaphysaires du fémur, et l'appareil dextrine, dont nous avons suivi attentivement les effets à la clinique de M. Blandin, le prévient encore moins. Quelque soit cependant le dégoût qu'on éprouve avec raison aujourd'hui pour les nouveaux appareils de ce genre, nous ne devons pas hésiter de déclarer, d'après ce que nous avons observé (et l'on sait que nous nous sommes longtemps occupé de ce sujet), que si nous avions le malheur d'avoir nous-mêmes le corps de la cuisse fracturé, nous ne voudrions être traités autrement qu'à l'aide de l'appareil de M. Baudens.

Les malades traités par cet appareil sont effectivement les premiers et les seuls que nous ayons jusqu'à présent vu guérir, sans le moindre raccourcissement. Qu'on pense tout ce qu'on voudra, notre devoir à nous est de signaler les faits d'une portée réelle. La raison, d'ailleurs, rend parfaitement compte de ce résultat. Il est certain, en effet, qu'au moment où l'on pose un appareil quelconque, les aides tirant les fragments, le membre reprend exactement sa longueur et sa forme; et si ces puissances pouvaient continuer à agir, nul doute que la consolidation ne fût parfaite à la fin. Or, c'est ainsi qu'agissent les liens courts et forts qui s'embranchent dans les trous de la boîte de M Baudens; ils exercent à loisir et d'une manière constante, l'extension, la contre-extension et la coaptation. L'effet est tellement puissant, que l'on peut, ainsi que M. Baudens nous l'a fait observer sur deux fracturés qui sont en ce moment au Val-de-Grâce, obtenir une consolidation d'une fracture de la cuisse, avec excès de longueur dans le membre blessé; mais cet excès disparaît par la suite. Nous ne reconnaissons aucun principe nouveau à cet appareil; mais ses résultats nous ont paru si remarquables, que nous devons les signaler à l'attention des praticiens. Au même rang, se présente l'appareil de M. Saint-Martin; nous l'avons décrit dans le premier volume; disons enfin que, dans les fractures compliquées, les chirurgiens des hôpitaux luttent aujourd'hui, pour la conservation, avec une persévérance admirable, et l'on s'applaudit chaque jour des résultats de ce système. La pratique qu'on suit dans ces cas n'est pas la même dans tous les services. Sur un individu qui a eu l'avant-bras fracassé et chez lequel M. Blandin a reséqué une partie du radius, on pratique en ce moment l'irrigation d'eau froide. Sur un autre, entré depuis quelques jours à la Charité, avec le coude broyé, l'articulation ouverte et des fragments osseux à découvert, on emploie également le même moyen. Chez un troisième qui a eu la jambe horriblement écrasée, avec escarrhes larges et profondes, M. Roux s'est contenté des seuls débridements et des cataplasmes émollients. Deux sujets qui se trouvaient dans le même cas viennent d'être guéris parfaitement de la sorte par M. Jobert; et l'on en voit un autre, dont la jambe était plus gravement compromise encore, guérir dans les salles de M. Lisfranc, par la seule position couchée sur le côté externe et sans bandage. Un autre cas de même espèce, guéri par M. Baudens, à l'aide de la glace appliquée par masses en permanence, se voit encore au Val-de-Grâce; ce cas était assurément des plus graves, et pourtant il est rétabli sans difformité. Dans toute ces occurrences on pratiquait naguère l'amputation. Sans doute qu'on ne guérit pas toujours en voulant conserver, puisqu'il est des malades qui succombent au travail de la suppuration, surtout aux phlébites; mais les guérisons sont assurément plus nombreuses et meilleures que par l'amputation. Ce que nous voulions signaler, au reste, c'est le principe de traitement adopté par les praticiens des hôpitaux.

La *hernie étranglée* se voit rarement de nos jours dans les hôpitaux de Paris, comparativement aux temps passés. Cela tient vraisemblablement à la facilité avec laquelle les malheureux sont pourvus de bandages, soit par l'administration des hôpitaux, soit par les sociétés de bienfaisance publique. Le progrès des lumières, d'ailleurs, et l'espèce d'activité qui règnent dans toutes les classes de la capitale préviennent cette indifférence au mal, et qu'on rencontre chez les indigents ou les ouvriers de certains pays. On maintient généralement la hernie réduite et l'on trouve promptement du secours en cas d'accident. Nous ne savons, au surplus, si nous ne nous trompons, quant à la raison du phénomène, mais le fait est tellement constant que, ayant pris des informations, nous avons trouvé qu'une partie du petit nombre des hernies étranglées qu'on opère dans les hôpitaux provient souvent d'*extra-muros*, ce qui paraît confirmer nos conjectures. Les cliniques les mieux alimentées de Paris traitent à peine un, deux, trois cas de ce genre par an, et par cela même les cas qu'on y rencontre sont ordinairement de mauvaise espèce, c'est-à-dire de ceux que le bandage ne pouvait contenir; aussi les succès ne sont-ils pas très brillants le plus souvent. A l'Hôtel-Dieu, M. Blandin n'a eu qu'un seul cas de hernie étranglée dans le premier semestre de 1844; c'est sur un malheureux cocher, jeune encore, qui avait offert une hernie épiploïque, inguinale, à droite, d'apparence assez équivoque. Il a été opéré, et les choses semblaient bien marcher; mais, quelques semaines plus tard, de la matière fécale est venue du fond de la plaie dans la direction de la fosse iliaque. On a présumé, avec raison, que l'intestin (probablement le sac du cœcum) venait de s'ulcérer et de se perforer spontanément; le trajet étant très long, on a dû débrider pour favoriser l'écoulement; la constitution du malade cependant qui paraissait si robuste d'abord, est allée en dépérissant. Enfin M. Blandin, ayant senti un éperon inter-intestinal, a appliqué l'entérotome; mais il est fort douteux que ce malade pourra

être sauvé, sa constitution étant déjà en très mauvais état. D'ailleurs, si l'éperon tenait à la poche du cœcum elle-même, on comprend que le cours naturel des matières ne pouvait se rétablir, cette portion d'intestin étant dépourvue de sac péritonéal, capable de compléter l'entonnoir pour le passage des matières; la hernie primitive, cependant, avait un sac et c'est sans doute par cette considération que l'application de l'entérotome a paru offrir quelques chances favorables. Un malade a été opéré dernièrement d'une hernie ombilicale étranglée par M. Jobert, nous en avons donné les détails; ce malade est mort de péritonite générale le lendemain. C'était encore là un mauvais cas. A l'autopsie, on a constaté que les viscères sortaient à travers la cicatrice ombilicale et non par une fente latérale, ainsi qu'on l'avait cru d'abord. Ce qui en avait imposé à cet égard, c'est que la cicatrice ombilicale cutanée se trouvait déplacée, déjetée de côté par les progrès de la tumeur, mais au fond l'épiploon et l'intestin s'étaient engagés dans l'anneau naturel, ainsi que cela a été facile à reconnaître par la présence des vaisseaux ombilicaux qu'on a suivis avec soin. Un autre cas de hernie ombilicale s'est montré dans les salles de M. Lisfranc; il y a eu anus contre nature; nous avons fait connaître les différentes tentatives qu'a faites M. Lisfranc pour l'oblitérer; le mal est réduit aujourd'hui à une fistule stercorale presque imperceptible. On voit aussi depuis plusieurs mois un anus contre nature à l'aîne chez un jeune malade couché dans les salles de M. Blandin; l'entérotomie et la compression continuée longtemps à l'aide d'un bandage herniaire, de manière à tenir rapprochés les deux bords de l'ouverture, ont réduit l'infirmité à peu de chose, mais une opération sanglante est encore indispensable pour compléter la cure; la suture en bec-de-lièvre a déjà échoué une fois, ce qui prouve que ces guérisons-là ne sont pas aussi faciles qu'on le suppose.

Un cas de même espèce, mais beaucoup plus grave existe également à Saint-Louis; M. Jobert vient de l'opérer par autoplastie, nous en donnons plus bas l'observation; ce fait est des plus remarquables dans l'espèce. Disons enfin, avant de quitter ce sujet, comment M. Gerdy parvient à réduire le plus souvent les hernies étranglées, malgré leur état inébranlable en apparence. Une femme, âgée de 30 ans, domestique, s'était fait recevoir, il y a peu de jours, à la Charité; elle portait une hernie crurale du volume d'un citron, à droite; l'étranglement était patent; plusieurs personnes et les internes en avaient tenté la réduction inutilement; la tumeur était de l'espèce qu'on pourrait appeler *saxiforme*, par son inamovibilité; l'opération paraissait urgente, et l'on était disposé à la pratiquer. M. Gerdy a fait coucher la malade avec la tête basse et le bassin relevé sur un coussin; il a saisi la tumeur dans les dix doigts de ses deux mains, l'a soulevée, l'a circonscrite pour ainsi dire à la base avec les bouts de ses doigts, l'a allongée dans le sens antéro-postérieur, a serré graduellement les bouts des doigts, de manière à rétrécir la base qui était large et oblongue transversalement, et la convertir en un collet étroit; et après tout cela, il a serré encore la tumeur près de l'anneau, en la rétrécissant et en la poussant en même temps; à l'instant la réduction s'est faite, et l'opération est devenue inutile. Toute la manœuvre a duré cinq à six minutes; quelquefois elle doit être prolongée d'avantage; on se fait alors aider par les mains de plusieurs assistants, dont les doigts sont appliqués sur ceux de l'opérateur, lesquels s'engourdissent aisément. Et si la tumeur est volumineuse, on la fait tenir soulevée par des aides, en attendant qu'on opère soi-même sur le collet, comme nous venons de le décrire. Tout le secret de la manœuvre consiste donc, comme on le voit, à former un collet à la tumeur si elle a une large base, afin de rendre possible le retour des viscères, ou bien d'agir sur le goulot de la masse morbide si elle en présente un déjà. La sûreté avec laquelle M. Gerdy a réduit cette hernie difficile nous a vraiment surpris, et il a raconté plusieurs cas intéressants où ce procédé lui a réussi alors que toute autre tentative régulière de taxis avait échoué, et que tout était près pour l'opération. Chez une femme, à la campagne, entre autres, M. Gerdy a quatre fois de suite, dans l'espace de quatre ans, réussi à réduire une hernie étranglée que des chirurgiens instruits du pays avaient essayé inutilement de faire rentrer. Ce procédé de taxis, en effet, paraît offrir les meilleures conditions possibles dans l'état actuel de l'art. Un dernier fait important, à propos de thérapeutique herniaire, concerne l'heureuse application que vient de faire M. Robert à l'hôpital Beaujon, du procédé d'invagination dermique de M. Gerdy, non pour guérir radicalement les hernies simples, mais bien pour améliorer les hernies volumineuses impossibles à contenir, et rendre ainsi facile leur contention à l'aide d'un bandage ordinaire; nous rapportons plus bas un exemple remarquable de ce cas.

La pourriture d'hôpital règne endémiquement, et dans toutes les saisons à l'hôpital Saint-Louis, surtout en été. Elle sévit fâcheusement en ce moment sur toutes les blessures, sur toutes les plaies et chez presque tous les opérés. Le chirurgien est obligé de poursuivre ce fléau avec acharnement, l'arme à la main; d'en prévenir les ravages en l'attaquant énergiquement de bonne heure, de deviner en quelque sorte son invasion à certains signes précurseurs, et de le faire avorter quand cela se peut. On l'attribue à l'influence des émanations de Montfaucon. On sait qu'à quelques lieues de Paris, précisément au nord-est de la ville, dans une vallée qu'on appelle Montfaucon, et dans la direction de l'hôpital Saint Louis, est ce monstrueux cloaque où aboutissent à la fois les relevés des fosses d'aisance de la capitale, et des millions de cadavres de chevaux, chiens, chats et autres quatrupèdes, d'animaux décrépits ou valétudinaires qu'on sacrifie et que la main de l'homme décompose de différentes manières pour remettre promptement la matière en circulation sous forme acceptable dans le

commerce. Il en résulte des exhalaisons repoussantes de différentes sortes, et quand le vent nord-est est en vigueur, les abords de la portion correspondante de Paris, en particulier l'hôpital Saint-Louis en ressentent la fâcheuse influence. Que résulte-t-il de cette masse gigantesque de matière animale en putréfaction ? On l'ignore chimiquement, quoiqu'en disent certains savants. C'est là un centre de métempsycose chevaline que l'homme provoque sans doute, mais que personne ne saisit dans tous ses détails. Parmentier a fait une expérience curieuse à ce sujet.

« J'ai mis, dit-il, deux livres de sel marin dans une grande terrine remplie d'eau, où il y avait du poisson de mer, tel que raie, limande, etc., à demi gâté; le mélange fut pendant une semaine sans exhaler aucune odeur; mais comme il faisait fort chaud (c'était dans le mois de juillet), il ne tarda pas à se répandre une odeur détestable qui dura plus d'un mois; j'ajoutais de nouvelle eau de temps à autre pour remplacer celle qui s'évaporait; enfin, au bout de ce temps, j'examinai de nouveau la liqueur, dans laquelle je ne retrouvai, de mes deux livres de sel marin, qu'une once, ou la 32e partie, et pas un atôme d'alcali. Je suis persuadé que tous les autres sels neutres éprouveront les mêmes effets dans ces décompositions. » (Parmentier, *Dissertation sur les eaux de la Seine*, p. 26).

Le peuple appelle *poudrette*, cette odeur sulfo-hydrogénée que le vent nord-est apporte dans les quartiers et faubourgs Saint-Martin et du Temple, probablement parce qu'elle ressemble légèrement à celle de la poudre à canon que l'on brûle. A Saint-Louis, on a remarqué que quand l'air est humide, et il l'est souvent, à cause du voisinage du canal Saint-Martin, la pourriture sévit avec plus de violence Constamment l'invasion est précédée et accompagnée de douleurs intenses dans le membre blessé, puis la plaie perd son bel aspect et des points de pourriture se déclarent. Elle offre les trois formes très distinctes que nous avons déjà signalées dans un autre article. La forme que M. Jobert appelle *albumineuse* ou *bulleuse* est la plus grave; elle consiste dans une secrétion instantanée et abondante de matière pultacée, épaisse, analogue à du blanc d'œuf battu, ou à de l'eau de savon très concentrée, dans laquelle on aurait insufflé de l'air avec un tube; cette matière couvre la plaie et s'étend de plus en plus aux parties voisines; on l'attaque avec le fer rouge; à la chute de l'escarrhe un bourgeonnement franc se déclare, mais le mal reparaît quelquefois sous la même forme ou sous une autre, et il faut recommencer, ce qui retarde quelquefois singulièrement la marche de la plaie vers la guérison. Chez un des derniers amputés de la jambe, près des malléoles, la réunion par première intention, déjà obtenue en grande partie, a été détruite par la pourriture pultacée. Dans une autre forme moins grave, et que M. Jobert appelle *pourriture par ramollissement*, on voit par-ci, par là, sur la plaie, de petits îlots grisâtres et couverts de sang, comme de petites ecchymoses. Si on les abandonne à eux-mêmes ces îlots ecchymotiques gagnent en étendue, couvrent la plaie et se prolongent dans le tissu cellulaire sous-cutané adjacent; une réaction intérieure se déclare, la plaie prend un aspect sordide et la mort peut s'ensuivre. Une femme qui a subi l'amputation du sein se trouve dans ce cas en ce moment; le nitrate acide de mercure qui arrête ordinairement assez sûrement cette variété de pourriture, a été insuffisant chez cette malade, et le travail morbide a gagné sous la peau le creux de l'aisselle et le côté correspondant de l'épaule et du cou. Cette forme de pourriture est la plus fréquente. La troisième variété enfin affecte la forme ulcéreuse: la peau se ramollit et s'ulcère, la plaie elle-même prend l'apparence d'ulcération molle, grisâtre et phagédénique. Les seules lotions au jus de citron suffisent pour en triompher. Ainsi le traitement n'est pas le même dans les trois cas. Il y a là assurément quelque chose de grave, d'inquiétant pour le chirurgien, qui exige de sa part une grande surveillance et des mesures bien calculées pour obtenir les guérisons si remarquables qu'on observe généralement à l'hôpital Saint-Louis. Il serait à désirer que l'administration fît mieux veiller à l'aération parfaite des salles et à ce que les infirmiers missent plus d'empressement à ouvrir plusieurs fois par jour les fenêtres, qu'à cirer le parquet jusqu'au ridicule. Nous ne connaissons qu'un seul hôpital dans Paris où l'on puisse mettre le pied et traverser les salles sans être frappé d'une odeur infecte, c'est le Val-de-Grâce. Cela tient moins à la position du local qu'aux soins hygiéniques bien exécutés.

Les arthrocaces scrofuleuses, autrement dites tumeurs blanches articulaires, sont au nombre des maladies dominantes dans les services de chirurgie. On en voit par masses en ce moment, partout et dans toutes les articulations. Chez un petit malade des salles de M. Robert le mal est fixé dans les premières vertèbres cervicales; il est à craindre une luxation spontanée et une mort subite; cependant l'affection n'est pas encore assez avancée. Nous avons parlé, il y a quelque temps, d'un cas de *spina bifida* ou hydrorachis congénital que M. Robert avait traité par la ponction sous-cutanée et la compression. Après une suite d'orages formidables, déterminés par l'opération, cet enfant a fini par guérir complétement, et il se porte bien aujourd'hui; sa tumeur a complétement disparu et son ouverture rachidienne s'est oblitérée. Dans un cas d'hydrarthrose au genou, tendant à devenir tumeur blanche, M. Robert a pratiqué une injection iodée dans l'articulation, dans l'espoir d'obtenir une ankylose. Le membre a été tenu dans une gouttière de ferblanc pendant fort longtemps, mais la santé du malade s'était à la fin tellement altérée par le séjour prolongé au lit, qu'il a fallu lui trancher la cuisse: il a guéri. La dissection du genou a démontré que l'ankylose n'aurait peut-être jamais été obtenue. Du liquide et du pus existaient sous la rotule, et l'on voyait à peine quelques brides par ci, par là. On voit dans le service de M. Roux deux cas de tumeurs blanches guéries au pied et à la main, à l'aide de moxas, de pommade mercurielle, de cataplasmes émolliens

et de bains alcalins ; un autre pareil, au poignet, chez M. Lisfranc, par des moyens analogues ; un quatrième, chez M. Blandin, à l'aide d'un bandage dextriné; un cinquième, chez M. Jobert, par le secours des frictions avec la pommade au nitrate d'argent. On amputait de suite autrefois dans ces sortes de tumeurs ; on les guérit souvent aujourd'hui par résolution, et lorsque le mal réclame impérieusement l'amputation, M. Gerdy ne veut pas qu'on opère de suite ; il attend que l'effet général soit assez avancé pour que la constitution affaiblie par l'inappétence, le dévoiement et la fièvre, ne soit pas en état de réagir vigoureusement contre l'action de l'ablation, l'expérience lui ayant appris que les amputations réussissaient mieux à cette époque. Cet enseignement est déjà ancien, comme on sait, mais il est loin d'être adopté généralement.

Les *ponctions sous-cutanées* que M. Diffenbach a généralisées dans une multitude de cas chirurgicaux, et qu'un certain singe de la chirurgie du jour croit avoir inventées, sont diversement entendues par nos cliniciens des hôpitaux (nous excluons de ce nombre le docteur Guérin). M. Blandin en paraît grand partisan ; cependant, depuis quelque temps, il semble moins favorable à ce mode opératoire. Nous avons suivi à sa clinique des abcès par congestion ouverts de la sorte et à l'aide de la seringue-pompe, qui, disait-on, faisait tant de miracles entre les mains du docteur Guérin, et ces abcès se sont terminés comme tous les autres de même espèce, c'est-à-dire par la mort. L'ouverture, en effet, semble bien aller d'abord, comme cela a toujours lieu. Elle se ferme ; puis aussi à la seconde, et quelquefois pareillement à la troisième ponction, mais consécutivement, le foyer s'enflamme toujours, malgré l'exactitude de la ponction et son oblitération, elle est rouverte spontanément et suppure pour ne plus se fermer ; commence alors le travail réactionnel qu'on connaît et qui précipite les malades au tombeau. Les mêmes faits se sont reproduits à l'hôpital Beaujon entre les mains de M. Robert. Il est donc faux de dire que, traités de la sorte, les abcès par congestion puissent s'améliorer ou guérir, et cela devait être, car la maladie n'est pas dans l'abcès. M. Gerdy vient d'appliquer cette méthode à un kyste synovial du poignet ; nous en donnons plus bas les détails. En général, cependant, les chirurgiens des hôpitaux regardent la ponction sous-cutanée comme un charlatanisme. M. Roux et M. Velpeau, M. Jobert et M. Robert, M. Lisfranc et M. Gerdy n'en parlent qu'avec un profond sentiment de pitié, en raison des misères, probablement, dont on vient de salir la chirurgie sous le protectorat d'un chimiste haut placé. Que d'abus, effectivement, que de charlatanisme odieux n'a-t-on pas vu dans la presse depuis quelque temps, à propos de cette niaiserie ? Disons enfin quelques mots des trois hôpitaux militaires. Une différence très marquée existe entre ces hôpitaux et les hôpitaux civils sous le rapport hygiénique et des secours administratifs. Dans les hôpitaux militaires, tout le matériel est abondant, propre et d'un excellent choix. Le chirurgien obtient à l'instant tout ce qui est nécessaire aux bons soins de l'art : aliments de bon aloi, boissons de prix, accessoires alimentaires (chocolat, etc.), linge en quantité, propriété parfaite, surveillance attentive et d'une ponctualité militaire, tandis que tout est calculé, le compas à la main, dans les hôpitaux civiles malgré la richesse colossale de l'administration. Dernièrement, nous avons entendu M. Jobert se plaindre des difficultés qu'il rencontrait d'obtenir un peu de bon vin pur pour certains malades ; et M. Gerdy réclamer en vain un rideau de couleur pour un ophthalmique, des bains de vapeur pour un rhumatisant, etc. Un seul parmi les hôpitaux civils peut être comparé aux hôpitaux militaires, nous voulons parler de Beaujon. Cet hôpital étant souvent fréquenté par des personnes de la maison du roi, et par la reine elle-même, est servi avec un grand soin. La reine des Belges a l'habitude de le visiter dans ses passages à Paris et d'y laisser chaque fois de généreux souvenir. Ce local est par conséquent dans un certain ordre aristocratique, et par cela même très bien servi sous tous les rapports. Nous ne doutons point que les belles cures qu'obtient journellement M. Pasquier aux Invalides, sur des vieillards valétudinaires, et celles non moins remarquables de MM. Soudan et Gimelle, au Gros-Caillou, sur des conscrits plus ou moins scrofuleux, anémiques, ne tiennent en partie aux conditions hygiéniques excellentes dans lesquelles ces malades se trouvent placés. Les lésions traumatiques, en particulier les fractures et les entorses, dominent en général dans les trois hôpitaux militaires. Viennent ensuite les ophthalmies, surtout les kératites ulcéreuses chez les jeunes soldats, les affections spontanées des articulations et les hypertrophies ganglionnaires. Aux Invalides cependant, on a une série toute particulière d'affections à observer, d'un très grand intérêt ; nous voulons parler des affections paralytiques, des maladies chroniques des sens, spécialement de l'appareil urinaire et des yeux. Ici se rattachent des observations scientifiques d'un ordre élevé et qu'on ne rencontre que là, dans cet asyle admirable à tant d'égards.

Hôpital Beaujon (M. Robert).

Cancer a la langue. Guérison a l'aide du chlorure d'or. — Un homme, âgé de 45 ans environ, est entré à l'hôpital Beaujon pour être traité d'un cancer à la langue accompagné d'un bubon sous-maxillaire. A l'examen, M. Robert a trouvé à la partie latérale droite de la langue, précisément dans sa moitié postérieure et sur le plancher correspondant de la bouche, une tumeur plate, du volume d'une noix, ulcérée, dure, fendillée, sale, saignant au moindre attouchement et s'accompagnant de douleurs lancinantes, offrant, en un mot, tous les caractères propres au cancer ulcéré. Sous la peau du milieu de la mâchoire inférieure existait un ganglion du volume d'un petit œuf. Le mal avait commencé par un petit bouton dur sur la langue, que le malade avait négligé. M. Robert a jugé, au prime-abord, le mal très grave, et il désespérait de le guérir, soit parce que l'affection ne lui semblait pas dans des conditions opérables, soit parce que la constitution du malade pa-

raissait déjà détériorée. Quoiqu'il en soit, bien que le malade déclarât n'avoir jamais eu la vérole, et que les apparences de la maladie ne s'accordassent pas avec la présomption d'une syphilis, M. Robert a cru devoir essayer d'abord l'usage de l'iodure de potassium, ensuite du proto-iodure de mercure. Sous l'influence de ces remèdes, le malade a maigri considérablement, s'est affaibli, est devenu jaune comme les individus atteints de diathèse cancéreuse; puis enfin il a eu de la fièvre qui a pris un caractère intermittent très grave, en attendant que le mal local faisait des progrès incessants. Il a fallu suspendre les médicaments et administrer le sulfate de quinine. La constitution du patient était tellement détériorée, que M. Robert le croyait tout-à-fait perdu. Après l'avoir laissé reposer pendant quelque temps, il a eu l'idée d'essayer le chlorure d'or, *intus et extra*. Intérieurement il l'a donné à la dose de trois centigrammes (demi grain) matin et soir, en le faisant dissoudre, au moment de le prendre, dans de l'eau distillée, avec addition d'un peu de sirop simple. Il importe de ne le faire dissoudre qu'au moment de le prendre, par la raison que ce sel est facilement décomposable par l'action de la lumière, comme on sait. Localement, le chlorure d'or a été appliqué tous les deux ou trois jours à l'aide d'un pinceau de charpie et dissous dans de l'eau régale. Cette dissolution a été faite dans la proportion de quatre grammes de chlorure (un gros) par trente grammes (une once) d'eau régale. Le liquide a une belle couleur jaune comme le bain d'or des doreurs au galvanisme; il est légèrement caustique, blanchit un peu les tissus, et il fume sur les chairs comme le nitrate acide de mercure. Un mois et demi de ce traitement, joint à une alimentation substantielle, et au bon air des jardins de l'hôpital, ont produit les plus heureux changements. Le mal local a rétrogradé, l'ulcération s'est cicatrisée, les duretés ont disparu, le bubon sous-maxillaire, lui-même, s'est fondu; le malade a repris ses forces, son enbonpoint, son appétit normaux. Aujourd'hui, on ne retrouve de l'ancien mal que de faibles restes dont le caractère n'offre rien de malin; et tout fait espérer que la guérison, qui est déjà fort avancée, sera bientôt complète et heureuse. On continue la même médication.

— Ce fait intéresse tellement à cause du résultat inespéré du traitement contre un mal si terrible que l'on ne saurait trop le méditer, et l'avoir présent dans la pratique. Qu'on ne s'imagine pas qu'il s'agissait peut-être d'un mal vénérien, car, outre que les caractères de l'affection étaient franchement ceux du cancer, on a dû remarquer que tant l'iodure de potassium que le proto-iodure de mercure avaient échoué. Cette manière d'administrer l'or mérite, d'ailleurs, d'être prise en considération; elle est assurément aussi parfaite que possible, le médicament étant sous forme soluble, et dans les meilleures conditions d'absorption. Localement, il a été appliqué moins comme caustique, car il ne l'est que faiblement, que comme modificateur. Il y exerce, sans doute, une action dynamique comme le remède pris intérieurement. Cette action est hyposthénisante, vasculaire, périphérique, comme celle de tous les composés métalliques, mais son action élective est encore à déterminer, la science manquant de faits jusqu'à ce jour pour décider cette question. Au reste, les occasions ne manqueront pas pour réappliquer ce moyen dans des cas analogues, le cancer de la langue n'étant malheureusement pas rare. M. Robert a parfaitement compris la voie dans laquelle il fallait entrer pour donner à la chirurgie toute la puissance dont elle est susceptible. Tant qu'on restera borné à la partie mécanique, on ne disposera que de la moitié de sa puissance; encore cette puissance n'est elle-même que fort stérile très souvent. Couper la langue, mutiler tel ou tel organe affecté de cancer, ce n'est pas guérir. Le mal étant de nature dynamique, le traitement susceptible de le guérir doit être de même. Peu de praticiens goûtent encore les richesses immenses que la chirurgie aura à puiser dans l'étude dynamique des médicaments pour se compléter. Percutez, auscultez, stéthoscopisez, plessimétrisez tant que vous voudrez; qu'est-ce que cela fait si dans l'application thérapeutique on ne trouve que vide, prévention, découragement et des rêves de laboratoire!

Hernie très volumineuse. *Application nouvelle du procédé de M. Gerdy.* — Un ouvrier, âgé de 50 ans environ, de bonne constitution, est entré à l'hôpital Beaujon pour être traité d'une fracture de côtes. Il crache le sang depuis cet accident et se plaint d'une grande gêne à la respiration. A l'examen, M. Robert a trouvé, indépendamment de la fracture, une hernie scrotale énorme à droite. Cette tumeur offre le volume d'une tête d'enfant; elle est tendue et résonne à la percussion. Le ventre est un peu aplati par suite du déplacement intestinal sans doute. Le malade a déclaré que cette hernie n'a pu être contenue, malgré les divers bandages qu'on a essayés chez lui. M. Robert s'est mis en devoir de réduire cette masse énorme, il l'a relevée, a chassé les gaz d'abord à l'aide de la compression; le gargouillement qui s'opérait du côté du ventre pendant ces manœuvres indiquait que les gaz rentraient. Petit à petit, les viscères sont rentrés, et l'on a eu alors une masse scrotale considérable, épaisse et plissée comme si elle était formée d'une peau d'éléphant. Le canal inguinal est converti en une sorte d'anneau ou plutôt d'ouverture élastique, analogue à celle d'un sac à coulisse; M. Robert a pu y faire entrer trois doigts et y insinuer un tampon considérable de la peau épaisse du scrotum jusque dans le ventre. On comprend la difficulté de contenir une pareille tumeur réduite à l'aide d'un bandage, surtout chez un ouvrier dont le tronc est sujet à des efforts continuels; il est même difficile de la contenir lorsque le malade reste couché à cause de l'évasement considérable de l'ouverture abdominale. On prévoit cependant tous les dangers d'une pareille hernie non réduite; le sac peut s'enflammer d'un moment à l'autre, la tumeur peut s'engouer, et les viscères eux-mêmes doivent subir une hypertrophie plus ou moins grande et des adhérences qui en empêcheront tout-à fait le retour dans le ventre. Déjà, dès à présent, cet homme en est tellement incommodé, que le travail lui est fort pénible, et nul doute que, abandonné à lui-même, ce mal ne finisse par lui abréger l'existence. M. Robert a eu l'occasion de traiter, à l'hôpital Beaujon, une femme qui se trouvait dans le même cas; la hernie formait, dans la grande lèvre, une tumeur du volume de la tête d'un enfant; la démarche en était devenue difficile et le travail presque impossible. Tous les bandages avaient échoué chez elle; dès-lors, M. Robert s'est décidé à invaginer les tissus de la grande lèvre dans l'ouverture herniaire, et de les contenir d'après le procédé de M. Gerdy. Le travail de phlogose a si bien rétréci l'ouverture abdominale, qu'il a été possible consécutivement de contenir la hernie parfaitement réduite, à l'aide d'un simple bandage ordinaire; la femme s'est très bien portée depuis. M. Robert se

propose de tenter la même pratique chez le malade dont nous venons de parler. Ainsi, dans cette application du procédé de M. Gerdy, il ne s'agit pas de viser à une guérison radicale, mais bien de mettre l'infirmité dans des conditions faciles de contention, ce qui est, sans contredit, un bienfait immense.

— On doit attacher une importance d'autant plus grande à la ressource dont on vient de lire les détails, que l'art ne possède jusqu'à présent aucun autre moyen pour remédier à ces hernies volumineuses. Il existe aux Invalides un très grand nombre d'anciens militaires qui se trouvent dans ce cas et chez lesquels l'application dont il s'agit serait un véritable remède de longévité.

Rupture du nerf facial. — Un homme a été reçu à l'hôpital pour une plaie contuse à la tête au-dessus et un peu en arrière de l'oreille gauche. Il venait de tomber et avait éprouvé une commotion cérébrale; il a rendu du sang par l'oreille et par la gorge, puis, en revenant à la connaissance, il a accusé d'abord des bourdonnements dans l'oreille correspondant, ensuite une surdité de ce côté, en même temps que les muscles du même côté de la face ont paru paralysés. M. Robert a diagnostiqué une fracture du rocher et une rupture du nerf facial, ou tout au moins une compression ou une déchirure partielle de ce nerf. Ce diagnostic entraînait, comme on le conçoit, un pronostic grave et par conséquent aussi un traitement énergique. Le traitement propre aux plaies de tête a donc été employé avec vigueur et il a eu un plein succès, le malade ayant guéri, mais sa surdité, ainsi que la paralysie de la moitié de la face ont persisté. Cette paralysie cependant n'est pas excessivement prononcée, mais elle est si invariable, ainsi que la surdité, qu'il est très probable que ces deux infirmités persisteront pour le reste de la vie du malade.

— On connaît plusieurs exemples de rupture complète du nerf optique, par suite d'une fracture de la base du crâne, mais nous ne sachons pas que la même lésion ait été observée sur le nerf facial ; cependant la chose est possible. Dans le fait précédent, on n'a que des probabilités basées sur la cessation de l'innervation ; mais on comprend que le phénomène peut aussi se rattacher à la simple compression. Dans un cas analogue, que nous avons observé dans les salles de M. Gerdy, la paralysie ne s'est déclarée que quelque temps après la blessure, et elle s'est améliorée sous l'influence des potions stibiées. Il y avait eu aussi là saignement par l'oreille, par le nez et par la gorge. Nous avons, d'autre part, cité des cas de ce genre, suivis d'autopsie et dans lesquels aucune fracture n'a été rencontrée. On sait bien que d'après plusieurs chirurgiens, le saignement par l'oreille après les plaies de tête, indique une fracture à la base du crâne, en particulier du rocher. Cela est exact dans beaucoup de cas, mais assurément pas toujours, et nous croyons l'avoir prouvé. De sorte qu'il se pourrait que dans le cas de M. Robert, il n'y eût pas fracture; la guérison elle-même, qu'il a obtenue, serait en faveur de cette opinion. Quoiqu'il en soit, toujours est-il que cette observation offre un grand intérêt, et fournit plusieurs enseignements pratiques précieux.

Taille périnéale. Pierre adhérente. — Un jeune homme, âgé de 36 ans, est entré à l'hôpital Beaujon pour être traité d'une affection grave de la vessie. Il pissait du pus en abondance, l'urine qu'il rendait à chaque instant se divisait en deux parties, dont moitié pus, occupant le fond. Il se plaignait de douleurs atroces à la vessie, et surtout aux reins, avait considérablement maigri, et éprouvait de la fièvre tous les jours. Le cathétérisme a fait reconnaître la présence d'une énorme pierre adhérente. La constitution était tellement détériorée et la vessie tellement malade que M. Robert a hésité d'abord à pratiquer une opération quelconque. La quantité considérable de pus jointe aux maux de reins faisait, en effet, fortement présumer l'existence d'une maladie organique aux reins. Il l'a cependant préparé pendant quelques semaines, à l'aide de boissons abondantes, d'eaux minérales alcalines, puis il a voulu tenter la lithrotritie à deux reprises différentes; la seule introduction de l'instrument a déterminé des souffrances tellement vives qu'il a fallu le retirer immédiatement, et il s'en est suivi une réaction assez grave. Enfin, voyant le malade dépérir à vue d'œil, M. Robert s'est décidé à le tailler comme une dernière ressource, sans compter beaucoup cependant sur un résultat favorable. Il a dû discuter la question de savoir s'il opérerait d'après la méthode hypogastrique ou d'après la méthode périnéale, il a préféré cette dernière et fait choix du procédé bilatéral. Les incisions d'usage ont été exécutées avec toute la précision qu'on connait à cet opérateur ; mais quand il s'est agi de saisir, de charger la pierre, des difficultés se sont présentées; le calcul était volumineux, couvert d'aspérités et immobile; les parois vésicales épaissies étaient appliquées contre lui. Après plusieurs tentatives cependant, pour le briser, l'extraction en a été faite d'une seule pièce. Le corps étranger était couvert de bourgeons charnus à l'une de ses faces, arrachés de la muqueuse, ce qui explique son immobilité; il est ovalaire, mais plat, pèse 70 grammes (deux onces et un tiers) et offre 7 centim. dans son plus grand diamètre, 4 centim. dans le petit diamètre. Aussitôt après l'opération les douleurs aux reins ont cessé et le malade s'est senti soulagé. La vessie a suppuré pendant quelque temps, mais enfin les choses ont tourné pour le mieux, et aujourd'hui, six semaines environ après l'opération, la plaie est cicatrisée et le malade est parfaitement guéri, seulement son urine est encore légèrement louche.

— Nous avons omis dans cette narration un certain nombre de détails qu'on peut appeler *des lieux communs*, pour ne nous arrêter qu'aux circonstances dignes d'attention, au point de vue de la science et de la pratique. Ce qui frappe d'abord, c'est cette abondance de pus qui sortait avec les urines, coïncidant avec une douleur continue aux reins, circonstance qui faisait présumer l'existence d'une maladie organique dans ces organes. L'événement a prouvé cependant que le mal aux reins était sympathique ou se rattachait plus probablement à l'irritation propagée de la vessie dans les organes secréteurs de l'urine; le pus provenait vraisemblablement de la vessie enflammée, ulcérée, par les aspérités de la pierre, et rendue bourgeonneuse par la même cause, ce qui avait donné lieu à une sorte d'anastomose entre le corps étranger et les bourgeons; de là l'adhérence, etc. Ce qui est remarquable encore, c'est cette disparition presque instantanée des souffrances rénales et le retour réactionel de l'organisme, vers une heureuse réhabilita-

tion. Le corps étranger enlevé, la nature s'est suffi à elle-même; elle a expulsé d'abord des croûtes calcaires qui étaient restées adhérentes entre les végétations de la muqueuse, dégorgé celle-ci, cicatrisé le tout, ramené le sommeil réparateur, l'embonpoint et la force. L'adhérence de la pierre, donne d'ailleurs à ce fait une autre valeur, comme cas rare. Dans l'état actuel des connaissances, cette observation ramène naturellement la réflexion sur la bonté relative des deux méthodes adoptées pour la taille, le haut et le bas appareil. On peut se demander si les résidus de la pierre, qui se sont échappés quelque temps après l'opération, auraient pu sortir si on eût opéré par l'hypogastre, et si la suppuration abondante elle-même, aurait pu s'échapper librement sans la plaie périnéale. Tous les avantages paraissent s'être réunis dans ce cas, pour la méthode qu'a suivi M. Robert, et peut-être est-il permis de présumer que la proscription dont on a essayé de frapper cette méthode, en faveur de la taille hypogastrique, est elle un peu trop absolue. D'un autre côté, il est juste de dire que les chirurgiens des hôpitaux paraissent mieux disposés pour la taille périnéale que pour le haut appareil.

Hôpital Saint-Louis (M. Jobert).

Nécrose et régénération de la totalité du radius. — Un jeune homme de la campagne, âgé de 16 ans, souffrait depuis deux mois et demi dans l'avant-bras gauche. Ce membre s'est gonflé, et il a fini par suppurer sur deux ou trois points dans la direction du radius; les ouvertures sont restées fistuleuses et le patient s'est décidé à entrer à l'hôpital. A l'examen, M. Jobert a reconnu de suite, en sondant les fistules, que le radius était nécrosé et mobile au milieu d'un nouvel os; il a fendu le bord radial de l'avant-bras, dans l'étendue de 9 à 12 centimètres (3 à 4 pouces), en réunissant ensemble les trajets fistuleux; il a pénétré jusqu'au séquestre, l'a saisi et dégaîné, pour ainsi dire, comme une épée de son fourreau. Ce séquestre est parfaitement reconnaissable pour le radius entier, mais les épiphyses sont restées en place n'étant pas malades, sa longueur est de 15 à 18 centimètres (5 à 6 pouces); le cylindre enlevé est blanc, érosé sur plusieurs points, offre un canal médullaire intact, et les restes d'une membrane médullaire saine en apparence. Le membre opéré se présente dans la pronation fixe, le mouvement contraire ne pouvant pas s'exécuter, la main elle-même est ankylosée sur le poignet et dans l'adduction forcée. Le corps de l'avant-bras présente généralement un os nouveau, épais, dur, dans toute l'étendue du radius enlevé, mais l'espace interosseux est oblitéré. Ce membre sera sans doute d'une grande utilité au patient, mais il ne remplira assurément pas ses fonctions comme auparavant, vu qu'une partie de ses mouvements sont abolis. La plaie de l'opération allait parfaitement, lorsqu'elle a été frappée de pourriture d'hôpital; M. Jobert l'a cautérisée, et elle paraît marcher vers la guérison.

— M. Jobert a fait remarquer avec raison que la nécrose, dans ce cas, peut-être appelée aigue, puisqu'elle s'est déclarée avec une grande promptitude, si toutefois le récit du malade est exact. La reproduction s'est accomplie elle-même avec une grande célérité, le sujet étant jeune. Un autre point plus remarquable encore, et qui donne à cette observation une valeur réelle, c'est l'abolition des mouvements de rotation de l'avant-bras et ceux du poignet. On ignorait jusqu'à présent, faute d'observations directes, quelles pouvaient être les conséquences d'une pareille nécrose et de la régénération du radius. D'un autre côté, l'intégrité de la membrane médullaire dans ce sequeste porte à penser que tout le travail morbide primitif et le travail réparateur s'étaient passés dans le périoste externe et peut-être aussi dans les tissus adjacents, sans participation de la membrane médullaire. On étudie depuis longtemps la nécrose, on recueille toujours des pièces, on croit tout savoir, et pourtant chaque nouveau cas ne laisse pas de présenter des enseignements nouveaux ou inattendus. Les praticiens qui s'occupent de maladies des os goûteront, nous en sommes certain, les détails de cette observation.

Anus contre-nature a l'aîne. Autoplastie. — Un homme, âgé de 50 ans passés, robuste, portait une hernie ancienne à l'anneau inguinal, du côté gauche, laquelle s'est étranglée et gangrenée, il y a dix-huit mois. Il en est résulté un anus contre nature qu'on avait opéré ailleurs qu'à Saint-Louis, à l'aide de l'entérotome; mais cette opération n'a eu d'autre effet que de faciliter l'écoulement des matières fécales par l'ouverture accidentelle. Aujourd'hui le patient est venu à l'hôpital demander quelque soulagement à sa misérable existence. Toutes les matières fécales sortent depuis quelque temps par l'anus inguinal et rien par l'anus naturel. Ces matières sont *complètes*, nous voulons dire arrivées au maximum de leur cours, ce qui fait présumer que l'intestin ouvert doit répondre à la portion colique, peut-être au colon descendant, puisque l'ouverture est à gauche. Cette ouverture est au-dessus de l'arcade crurale, dans la direction du canal inguinal; elle est ronde, offre un à deux centimètres de largeur, plissée et infundibulaire, comme celle de l'anus naturel, présente dans son ouverture la muqueuse intestinale, rouge-foncée, qui adhère parfaitement et circulairement à la peau externe par une ligne blanche et plate qui en est la cicatrice. Ainsi, indépendamment des adhérences ordinaires que la nature a dû établir profondément entre la séreuse de l'intestin et la séreuse pariétale de l'abdomen, il s'est fait dans ce cas une union intime entre la portion correspondante de la muqueuse et la peau, union qui établit une continuation parfaite entre les téguments interne et externe, précisément comme dans les ouvertures muqueuses naturelles. On dirait que pour prévenir l'oblitération, la muqueuse avait été cousue circulairement comme dans une opération d'autoplastie buccale, ou d'atrésie dans une cavité muqueuse. La peau des alentours est molle, fine, plissée et un peu æthiopique, précisément comme celle de la région périnéale, ce qui contraste assez avec la peau du reste de l'abdomen, et il n'est jusqu'aux poils qui manquent aux abords du nouvel organe, puisqu'une portion de ceux du pubis se trouvent remontés et ombragent les alentours. Cette tendance de la nature est vraiment admirable, et l'on voit là le même travail réparateur que nous notions naguère après l'ablation des paupières, et où la force organique avait converti le sourcil en une véritable arcade ciliaire, contre le disque cornéal. Lorsque ce malade voulait aller à la garde-robe, il commençait par faire des efforts; on voyait les environs de l'ouverture se gonfler circulairement et une tumeur se former, du volume du poing, véritable cloaque où les matières étaient accumulées; puis celles-ci sortaient

avec régularité, comme si elles s'échappaient par l'anus naturel. Pendant ce travail, la muqueuse se montrait un peu au dehors, ensuite la tumeur disparaissait, et les choses rentraient dans l'ordre comme précédemment. Les seuls efforts expulsifs cependant suffisaient pour reproduire la tumeur, malgré que l'intestin fût vide, ce qui fait présumer qu'elle dépendait de la concurrence d'autres viscères, poussés là par la synergie musculaire, ou bien de l'intestin lui-même, qui se renversait peut-être plus ou moins, comme dans un cas dont on voit la figure dans les mémoires de l'Académie de chirurgie. Au reste, le malade paraît bien nourri, ce qui s'explique par les conditions mêmes de l'infirmité, qui n'intéressait pas l'intestin grêle. Après chaque défécation, il lavait les parties, mettait une compresse en plusieurs doubles sur l'ouverture, et un bandage à grosse pelotte conique pardessus Pour s'assurer si le bout inférieur de l'intestin lésé n'était pas oblitéré, M. Jobert a fait pousser un lavement par l'anus, et le liquide est revenu, en partie, par la plaie; il est probable que le calibre de cette portion du canal est diminué. Dans l'espoir d'améliorer le sort de ce malade, M. Jobert lui a pratiqué l'opération suivante. Il a fait vider l'intestin et raser la région; il a commencé par excorier circulairement l'ouverture, en enlevant l'épiderme, et une petite couche superficielle de derme à l'aide d'un scalpel et de pinces. Cet ébarbement a été élargi depuis le bord de l'ouverture jusqu'à deux centimètres au-delà, véritable ruban saignant en forme d'anneau. Il a ensuite tracé avec le bistouri, sur la peau abdominale et dans la direction de la fosse iliaque, une véritable parabole à convexité supérieure, et dont les deux bouts embrassaient inférieurement le cercle saignant. Cette espèce de courbe offrait une aire assez large, à peu près comme les quatre derniers doigts de la main. Il a disséqué ce lambeau de haut en bas, en y comprenant le tissu cellulaire sous-jacent. Arrivé à la base, près du cercle sanglant, il a prolongé un côté plus que l'autre, l'interne, et il l'a facilement renversé en ne tordant le pédicule qu'à peine. La face saignante de ce lambeau s'est trouvée ainsi en contact avec la face saignante du cercle périanal. Ce lambeau s'est beaucoup contracté, mais il avait été taillé très large dans cette prévision, et il s'est trouvé précisément dans les conditions voulues sans être tiraillé. M. Jobert l'a alors cousu circulairement contre la brèche. A l'aide d'une aiguille courbe, il a commencé par percer d'abord le lambeau, puis le bord de l'ouverture pour faire sortir l'aiguille à la circonférence externe du ruban. Cinq ou six fils de soie ont été placés de la sorte et noués, et le lambeau s'est trouvé parfaitement fixé contre l'aire périphérique. La plaie du lambeau a été réunie à l'aide d'épingles et de fils. Des ronds d'amadou, des compresses, et une bande en *spica* ont complété le pansement. L'opération a été assez longue, le malade a paru beaucoup souffrir pendant ces manœuvres, et ses efforts ont occasionné quelque embarras, à cause du gonflement que ses cris déterminaient dans la partie malade. Comme, cependant le lambeau a été bien appliqué, il est probable que la compression affaissera la tumeur et permettra la réunion. Nous ferons connaître le résultat.

— La nature a si bien établi chez ce malade un anus accidentel; pourquoi l'art ne sait-il pas l'imiter? C'est là un problème qu'on a, à différentes époques, essayé de résoudre, et que M. Amussat a repris en sous-œuvre dans ces derniers temps. Le malade était sans doute malheureux, puisqu'il est venu réclamer les secours de l'art; mais enfin l'assimilation ne souffrait pas notablement par le fait de sa dégoûtante infirmité. M. Jobert a pensé en conséquence que s'il était assez heureux pour boucher l'ouverture accidentelle, il pourrait forcer les matières fécales à reprendre leur cours naturel, si non en totalité, au moins en partie.

Faits divers. 1° *Excision d'une petite lèvre vulvaire.* — Une jeune femme s'était aperçue il y a dix mois d'une tumeur qui se formait dans ses organes génitaux; elle s'est aujourd'hui fait recevoir à la clinique de M. Jobert. A l'examen, on trouve la petite lèvre droite hypertrophiée, au point de former une tumeur un peu pendante, du volume d'un œuf de poule et sortant des grandes lèvres. La petite lèvre de l'autre côté était aussi un peu hypertrophiée; les cryptes de toutes les deux paraissaient très développées, et l'aspect de leur ensemble rappelait un de ces jabots à l'ancienne mode, un peu chiffonés et pendants, faisant masse inférieurement. A sa face externe la tumeur offrait une muqueuse épaissie, desséchée, dermifiée. Interrogée sur les causes, cette jeune veuve nous a semblé, par ses réponses un peu équivoques, être probablement *dilettante* de *luxuria manuensis*. Elle voulait être débarrassée de la tumeur du côté droit. M. Jobert l'a enlevée, non pas en coupant tout droitement la tumeur par l'excision de sa large base, ainsi qu'on serait porté à le faire au prime-abord, mais bien en circonscrivant la masse dans deux incisions verticales semi-elliptiques, se joignant en haut et en bas; il a disséqué obliquement les bords, de manière à n'enlever que le tissu morbide et à respecter une partie de la muqueuse en dedans et en dehors. Ces deux lambeaux verticaux ont été rapprochés ensemble comme deux feuillets d'un livre et cousus par trois ou quatre points de suture. L'opérateur a formé ainsi une petite lèvre artificielle et, pour ne pas tirailler la muqueuse vaginale, il a laissé le lambeau externe plus grand. Ces deux lambeaux se sont réunis par première intention. Le résultat a été parfait. Cette opération ingénieuse a prévenu les conséquences d'une suppuration plus ou moins longue et la difformité d'une excision en bloc. La dissection de la tumeur a offert un tissu singulier, compacte, résistant, blanc comme de l'albumine coagulée. Est-ce là une simple hypertrophie du tissu muco-érectile de la petite lèvre? Il est probable que plus tard on doit pratiquer la même opération à la petite lèvre de l'autre côté. On peut rapprocher cette intéressante observation d'une autre du même genre que nous avons rapportée dans le n° de mai dernier, p. 76.

2° *Hydropisie enkystée de l'ovaire.* — A l'occasion d'une femme qu'il vient de ponctionner pour la seconde fois d'une hydropisie de ce genre, M. Jobert a laissé à dessein la canule en permanence dans le kyste pendant quelque temps, dans le but de prévenir le retrait de la poche morbide et l'épanchement dans le péritoine d'un reste probable de sérosité, ce qui aurait pu amener des accidents. Cette précaution est d'autant plus importante à nos yeux que nous avons été témoins une fois de l'accident dont il s'agit, entre les mains d'un de nos grands maîtres en chirurgie et qui n'est plus parmi les vivants. Dans ce cas, au moment où le liquide sortait en plein jet, la femme fit un mouvement brusque et la canule s'est échappée; épanchement, péritonite mortelle; autopsie confirmative. M. Jobert cite lui-même, dans sa Thèse inaugurale, un cas analogue arrivé à un ancien chirurgien des hôpitaux, par suite de l'excision d'une portion du kyste qui s'était engagé à travers la canule. On sait que ces kystes sont flottants ordinairement dans la cavité abdominale.

Hôtel-Dieu (M. Blandin).

Extrophie vésicale. *Cas remarquable.* — Une jeune personne, âgée de 21 ans, petite, mais forte, bien portante, présente dès la naissance à la région pubienne une tumeur rouge, d'apparence fongueuse, du volume d'un œuf de dinde, laissant écouler continuement un liquide par deux ouvertures formées à sa partie inférieure. En haut, elle est limitée à l'ombilic qui est naturellement peu élevé; en bas, elle est enchassée entre les deux pubis, écartés l'un de l'autre de dix centimètres environ. Cette tumeur est formée évidemment par la paroi postérieure de la vessie urinaire, extroversée ou poussée d'arrière en avant; les deux ouvertures sont les uretères. On comprend déjà que comme d'ordinaire il y a dans ce cas absence de la paroi antérieure de la vessie, et de la portion correspondante du derme abdominal. Circulairement à la tumeur, on remarque une cicatrice plate comme un ruban. Sa surface présente de petites granulations d'une sensibilité extrême. L'écartement des pubis est très marqué, cependant le bassin offre assez de solidité d'ailleurs pour que la patiente marche librement, et se livre même aisément à de longues courses. A côté de cette circonstance, il en est une autre non moins remarquable, c'est que l'anus se trouve très en avant ou très haut, presque à l'endroit qui aurait dû être occupé par la vulve. L'ouverture anale étant continuellement arrosée par de l'urine est rouge, et entourée de végétations très sensibles. Toute la peau ambiante des fesses, des cuisses et des aines est épaissie, ruqueuse et douloureuse au moindre attouchement. Au milieu de l'écartement des pubis, aux parties latérales et inférieures de la tumeur, on remarque une vulve rudimentaire, composée de deux grandes lèvres garnies de poils, de plusieurs groupes caronculaires d'une sensibilité douloureuse, exquise, et un clitoris divisé en deux moitiés, dont une partie est à droite, l'autre à gauche de la tumeur. Dans le même espace interpubien et même au-dessus du niveau de la symphyse, on voit deux petites ouvertures d'un centimètre de diamètre environ; ces ouvertures conduisent à deux conduits obliques: ce sont deux petits vagins qui laissent écouler le sang des règles. Ainsi, le vagin est double ou bifide, et il est probable qu'il y a aussi deux utérus, ainsi qu'on en connaît quelques exemples. L'urine ne coule pas goutte à goutte au dehors et d'une manière continue, elle est comme éjaculée de temps en temps, et ces éjaculations paraissent coïncider avec les abaissements du diaphragme, ce qui fait présumer que le liquide se collectionne un instant dans la partie inférieure des uretères avant d'être lancé. C'est aussi de cette manière que l'urine est collectionnée dans la vessie à l'état normal, ainsi que M. Blandin s'en est assuré par l'observation directe sur des animaux vivants auxquels il a ouvert la poche urinaire, et mis les uretères en évidence. M. Blandin se propose de faire faire à cette femme un appareil propre à recevoir ses urines, sorte de cuvette ou d'urinoire qui s'appliquera contre le pubis, embrassera la tumeur, la préservera du frottement et recevra les urines, ce qui la débarrassera probablement de cette humidité continuelle qui mouille les vêtements, irrite les parties adjacentes, etc.

— On connaît, sans doute, un assez grand nombre de cas d'extroversion congénitale de la vessie. Il est cependant dans celui-ci plusieurs circonstances qui le rendent particulièrement intéressant. D'abord, l'écartement considérable des pubis, conséquence peut-être d'un arrêt de développement. Ensuite, la division du clitoris, l'ascension de l'anus et du vagin, la bifurcation de celui-ci, le bon état de santé de la patiente, etc., sont autant de particularités dignes de remarque. On se demande naturellement pourquoi les trois quarts supérieurs de la tumeur qui ne sont pas en contact avec l'urine ne se dermifient pas à l'instar du vagin renversé. Si cela arrivait ce serait un avantage, car la malade ne souffrirait pas des douleurs extrêmement vives au moindre attouchement. On se demande, en outre, si l'art ne pourrait rien tenter contre un pareil état de choses. M. Blandin regarde toute tentative autoplastique comme tout à fait dangereuse dans cette occurrence.

Ectropion organique. *Opération heureuse.* — Une femme, âgée de 40 ans environ, avait été brûlée à la figure et au cou, il y a quelques années. Il en était résulté des cicatrices vicieuses, des brides et des adhérences contre nature qui la déformaient considérablement. Le menton était presque attaché à la poitrine, la lèvre inférieure ou plutôt son bord libre adhérait contre le menton, et la paupière inférieure de l'œil droit était extroversée et attirée fortement en bas par le tissu cicatriciel de la joue: de là, écoulement de la salive et des larmes. M. Blandin a commencé par combattre les adhérences du cou et de la lèvre à l'aide de débridements convenables; ensuite, il a attaqué l'ectropion de la manière suivante. Il a circonscrit la paupière dans une double incision en V; c'est-à-dire, il a pratiqué une incision oblique à partir de l'angle palpébral externe vers le milieu de la pommette; une seconde pareille, depuis l'angle interne jusqu'au même point. Il a ensuite disséqué ce V, ou plutôt ce lambeau triangulaire de bas en haut, et il a relevé ainsi complétement la paupière. La plaie a été rapprochée inférieurement et cousue; en haut, il est resté assez d'espace saignant pour y enchasser exactement le lambeau triangulaire qui répondait à la paupière relevée. Tout cela s'est réuni par première intention, et la restauration a été assez parfaite.

— Cette opération rentre naturellement dans les autoplasties, dites par glissement, puisqu'il s'agit d'une dissection simple de la partie viciée, de son ascension et du remplacement du tissu disséqué par les tissus ambiants rapprochés. Ce mode opératoire dans les cas d'ectropion organique avait déjà été mis en pratique avec succès par M. Riberi dès 1835. (*Voy. Blefarottalmo-terapia operativa*, 1836). Sanson lui-même l'avait suivi dans un cas analogue à celui de M. Blandin, mais son malade est mort d'érysipèle. M. Mackenzie soutient que M. Warton Jones l'avait mis en usage dès 1834 mais il ne cite aucun document imprimé antérieur à l'ouvrage du clinicien de Turin. Nous continuerons, par conséquent, à appeler procédé de M. Riberi cette manière facile et efficace d'opérer l'ectropion organique.

Amaurose hémioptique. Strychnine. — Un homme, âgé de 40 ans environ, de bonne constitution, bien musclé, figure colorée, est entré à l'Hôtel-Dieu pour être traité d'une amaurose double, complète d'un côté, incomplète de l'autre. Le mal datait de quelques mois, et s'offrait avec les apparences de l'amaurose hypersthénique, autrement dite, congestive; l'œil droit était complétement aveugle, le gauche ne voyait qu'à peine, et les objets lui paraissaient comme couverts d'un brouillard épais; la pupille était, aux deux côtés, un peu plus dilatée qu'à l'état normal, et presque insensible à l'action des variations de la lumière; céphalalgies répétées; santé générale bonne. M. Blandin a prescrit l'usage de la strychnine d'après la méthode endermique, à l'aide de vésicatoires au front. La dose du médicament a été portée à trois centigrammes (un demi grain) par jour. Pendant une

quinzaine de jours, pas de changement. Au bout de ce temps, l'œil droit, qui était le plus malade, a commencé à s'éclaircir ; les objets qui étaient d'abord obscurcis ont commencé à paraître comme couverts d'un brouillard, puis, ils sont devenus distincts lorsqu'ils étaient seulement présentés dans une certaine direction; une cuillère, par exemple, présentée directement en face de l'œil, ou bien en dedans, ou en bas n'était pas aperçue, mais elle l'était parfaitement si on la présentait très en dehors vers la tempe ; le même phénomène avait lieu à l'œil gauche; de sorte qu'il n'y a jusqu'à présent que la portion interne de chaque rétine qui ait repris sa sensibilité d'une manière complète, le reste de cette membrane étant encore dans une impuissance fonctionnelle. Cette amélioration déclarée, il n'y a plus eu de progrès, malgré la continuation du remède depuis plusieurs semaines ; mais le malade voit déjà à se conduire.

— Ce retour de la vision complète sur un seul point ou sur une moitié de la rétine, nous l'avons appelé *hémiopsie oculaire*, pour le distinguer de l'*hémiopsie objective* dans laquelle on ne voit que la moitié de chaque objet qu'on regarde. Dans le premier cas l'objet est vu en entier; dans le second il n'est vu qu'en partie. Ce sont là deux variétés d'amaurose incomplète parfaitement distinctes, et qui se rattachent à des congestions sanguines dont les conditions physiques ne sont pas encore parfaitement définies. Nous avons rapporté, il y a quelques mois (t. Ier, p. 414), un cas remarquable d'hémiopsie de la première espèce, que nous avons observé dans le service de M. Gerdy, à la Charité, et survenue par suite d'un coup direct sur l'œil ; le mal est resté stationnaire. Dans le cas de M. Blandin le phénomène constitue une sorte de transition de l'état maladif à l'état normal. Cette observation, au reste, est remarquable sous le rapport des bienfaits de la strychnine. Il est probable, néanmoins, que ce remède a déjà produit tout le bien qu'il pouvait produire, et que ce sera en pure perte qu'on le continue chez ce malade. C'est ce que nous avons observé chez plusieurs sujets à compter du moment où l'amélioration devient stationnaire; il y a même alors quelque danger à persister trop longtemps ou d'augmenter la dose, car des effets d'accumulation se déclarent aisément d'une manière inattendue. Chez un de nos malades, des convulsions strychniques vraiment effrayantes sont survenues dans les membres ; les boissons légèrement vineuses les ont apaisées. Il y a donc avantage dans ces cas de suspendre la strychnine pendant quelque temps, de la remplacer par d'autres remèdes, sauf à la reprendre ensuite si on le juge nécessaire.

Bec-de-lièvre. *Cas remarquable.* — Nous avons déjà parlé, à deux ou trois reprises différentes, d'une opération de bec-de-lièvre compliqué, que M. Blandin avait pratiquée dernièrement à l'Hôtel-Dieu. Il s'agit d'un enfant qui portait un bec-de-lièvre double, héréditaire, à la lèvre supérieure avec une saillie énorme de l'os intermaxillaire, et du tubercule correspondant des parties molles. Nous avons vu que M. Blandin a commencé par couper la cloison osseuse placée derrière le tubercule osseux, et par créer ainsi à celui-ci une place propre à le recevoir, en le repoussant en arrière conjointement avec les parties molles ; et qu'il a ensuite rafraîchi, et réuni les parties molles à l'ordinaire ; et, en outre, écrasé le nez à l'aide de bandelettes, afin de rendre le tubercule médian des parties molles aussi long que possible. Tout cela a réussi à merveille, le nez s'est relevé consécutivement sans être difforme, et la lèvre offre un aspect parfait, sauf cependant la forme en cœur des deux points de réunion au bord libre de la lèvre, et que M. Blandin fera aisément disparaître à l'aide d'une petite opération, si d'ici à quelque temps le nivellement ne s'opérait pas spontanément. Nous devons aujourd'hui parler d'une autre circonstance remarquable que nous avons déjà signalée chez cet enfant, et qui consiste dans la présence de deux petites cavités congénitales dans l'épaisseur de la partie moyenne de la lèvre inférieure, sortes de godets de la largeur d'un demi-centimètre chaque, et de la profondeur de deux centimètres environ, paraissant constitués par deux lacunes folliculaires exagérées. Le bout d'une pince à pansement pénétrait dans ces culs-de-sac, et venait faire saillir la muqueuse vers le milieu de la hauteur de la lèvre. La mère de cet enfant présente exactement la même disposition, comme si la lèvre inférieure eût été mordue, pour ainsi dire, par les deux incisives moyennes supérieures, circonstance rare, et qui n'avait point été signalée par les auteurs à ce que nous sachions. M. Blandin a voulu faire disparaître cette difformité. La bouche, chez cet enfant étant très large, la lèvre inférieure offrant une grande ampleur, M. Blandin a cru pouvoir comprendre les deux godets crypteux dans deux incisions en V, ce qui avait pour but de remplir à la fois une double indication. Cette opération a été exécutée, non avec les ciseaux, mais avec le seul bistouri et le ténaculum de la manière suivante. Un aide a tendu la lèvre avec deux doigts d'un côté, en la pinçant, tandis que l'opérateur en faisait autant dans un sens opposé. La pointe d'un bistouri a été enfoncé inférieurement dans la lèvre, et le tranchant dirigé de bas en haut obliquement, vers le point du bord libre qui répondait en dehors des godets. Le ténaculum a été alors implanté dans le bord de la portion à exciser, et l'on a tiré délicatement dessus, en attendant que deux aides pinçaient avec deux doigts la lèvre, près des angles de la bouche, afin d'empêcher l'artère coronaire de donner du sang. Le chirurgien a alors complété son excision en pratiquant la seconde division de haut en bas avec le même bistouri, le ténaculum étendant les tissus à loisir. Ce mode opératoire, qui est plus long à décrire qu'à exécuter, a donné, en un clin d'œil, un V net, et d'une précision beaucoup plus parfaite qu'on ne l'obtient ordinairement à l'aide des ciseaux. Pour passer enfin les épingles, M. Blandin s'est servi d'une pince à torsion ordinaire, dont les mors portent une petite gouttière longitudinale propre à recevoir une épingle, comme le porte-aiguille à staphyloraphie. A l'aide de cette pince qui n'ajoute rien aux instruments ordinaires de la trousse, puisqu'elle sert en même temps à la torsion des artères, on passe les épingles pour réunir le bec-de-lièvre avec la plus grande facilité et précision.

— Tout a été intéressant, sinon nouveau, dans cette fente congénitale de la lèvre, et comme fait pathologique et comme sujet de médecine opératoire. Nous ne savons si les articles que nous lui avons consacrés ont pu rendre exactement nos impressions, et intéressé le lecteur au même degré que nous l'avons été, mais pour nous qui l'avons suivi de près nous y avons puisé un grand enseignement pratique. La différence de cette conduite chirurgicale, et des résultats obtenus est si grande, en regard des données que l'art possédait jusqu'à ces derniers temps dans les cas de cette nature,

que nous ne pouvons nous empêcher de recommander au lecteur de reprendre les détails de ce fait fondamental consignés dans l'avant dernier numéro, p. 100, et dans un numéro antérieur (mai, p. 64), et de les rapprocher de ceux-ci. Une bien grande importance se rattache toujours à ces perfectionnements; on les chercherait en vain cependant dans nos ouvrages didactiques même les plus récents.

Coup d'arme a feu dans l'oreille. — Une jeune demoiselle, âgée d'une vingtaine d'années, ayant refusé une offre nuptiale, a reçu en échange du prétendant, en présence de ses parents, un coup de stylet à la poitrine d'abord, puis, un coup de pistolet dans l'oreille droite. L'assassin s'est frappé lui-même mortellement ensuite. Transportée à l'Hôtel-Dieu, la jeune personne a offert l'état suivant : la blessure de la poitrine ne présente pas une grande importance, n'étant pas pénétrante. L'oreille droite offre une plaie contuse, très noire, comme si elle eut été faite par de l'acide sulfurique, ce qui fait présumer que l'arme a été déchargée de très près, ou à bout portant, comme on dit; le pavillon est divisé en deux parties, la fente répond près du lobe; le reste de la conque auriculaire est fendillé sur plusieurs points. Dans l'intérieur de cette conque, la plaie semble se diriger par un trajet dans la substance de l'apophyse mastoïde; le doigt cependant est arrêté par des esquilles qu'il y rencontre; le conduit auditif n'a point été intéressé; pas de symptômes cérébraux qui fassent présumer une fracture de la base du crâne ou que le corps étranger ait filé du côté du cerveau; la lésion laisse couler un peu de sang, la patiente a la conviction que la balle n'est pas sortie. M. Blandin a dirigé un stylet boutonné en différents sens, il n'a pu distinguer si la résistance qu'il rencontrait provenait des os fracturés ou d'autres corps durs; il s'est donc mis en devoir de découvrir et d'extraire la balle dans la présomption qu'elle fût nichée dans le tissu spongieux de l'apophyse mastoïde, ainsi qu'il l'avait rencontrée dans deux autres cas analogues; il a prolongé la plaie de l'oreille vers la région mastoïdienne, en a pratiqué une seconde crucialement, et disséqué les quatre lambeaux; il a mis ainsi l'apophyse mastoïde à découvert jusqu'à sa partie postérieure où elle n'était pas fracturée, et il y a appliqué une couronne de trépan, ou plutôt une lame plate, dentée, qu'on appelle *perforatif*, et qui agit comme la couronne, mais en détruisant le cercle osseux. Cette première manœuvre a mis le fond de la plaie à découvert; ce fond était noir, et a permis d'enlever plusieurs esquilles à l'aide de pinces, de ciseaux et d'élévatoires. On cherchait en vain la balle cependant, le doigt ne sentait en arrière et en haut que des aspérités osseuses. En suivant, néanmoins, des yeux et du doigt la couleur noire de la blessure, on a fini par découvrir un petit trajet en avant, en dedans et en bas, entre l'apophyse mastoïde et l'articulation temporo-maxillaire, et se dirigeant à la base du crâne ou vers la gorge. Un débridement fait avec précaution dans ce sens a fait sentir la balle, à une profondeur de trois à quatre centimètres; des élévateurs et des pinces à pansement en ont favorisé l'extraction. Un examen minutieux n'a pas fait sentir d'autre projectile; de nouvelles esquilles ont été enlevées; quelques coups de ciseau et de maillet ont régularisé les aspérités osseuses restantes. La balle offrait le calibre ordinaire des projectiles de pistolets de poche, elle était fortement aplatie, écrasée, voûtée et éraillée, comme si elle eût été frappée violemment avec un marteau contre la pointe d'une enclume. Pansement léger avec un peu de charpie mollette, un linge fenétré et cératé, d'autre charpie brute par dessus, une compresse et une bande. Saignée du bras; application d'une vessie avec de la glace sur la tête. Pendant cette longue opération, la malade s'est plaint vivement de douleur dans la tête; elle conserve toute sa connaissance. Les suites de cette blessure ont été heureuse, la patiente étant aujourd'hui (un mois environ après l'accident) en pleine voie de guérison.

— Les coups de feu qui frappent l'apophyse mastoïde offrent toujours un grand intérêt à cause des conséquences graves, de plus d'un genre, qui peuvent les accompagner. On sait qu'ils se présentent quelquefois avec complication de fracture de la base du crâne, ce qui rend le mal sûrement mortel, comme dans un des cas observés par M. Blandin; le plus souvent ils compromettent l'audition primitivement ou secondairement. Ajoutons que cette apophyse peut se détacher complétement et enlever aux muscles correspondants leur appui normal, ou laisser des infirmités d'un autre genre (carie, nécrose, fistules). Nous faisons, bien entendu, abstraction des autres complications qui sont communes aux plaies du crâne; mais on comprend que la position de la région mastoïdienne par rapport à la carotide, à l'oreille, à la base du crâne et à l'articulation temporo-maxillaire rend ces blessures dignes d'une attention spéciale; d'autant plus qu'on n'en trouve dans les livres qu'un petit nombre d'exemples. Dupuytren n'en cite qu'un seul cas dans son Traité des blessures par armes de guerre; il s'agit d'un militaire blessé à la bataille de Fleurus (1815) et évacué sur Paris. La balle l'avait frappé par devant, avait fendu le pavillon de l'oreille et s'était profondément nichée dans les cellules de l'apophyse-mastoïde. Dupuytren trépana la face postérieure de cette apophyse et en fit l'extraction. Ce malade quitta l'Hôtel-Dieu le lendemain, et l'on ignore ce qu'il est devenu. « La balle extraite parut inégale, elle offrait surtout un aplatissement très marqué qui la privait de sa forme sphérique. Cette déformation fut produite par la résistance qu'opposa l'apophyse-mastoïde. » Dupuytren ajoute que ces blessures laissent souvent une phlogose qui devient chronique dans les cellules mastoïdienne et dégénère en carie. Ce grand praticien dit en outre avoir vu plusieurs fois, en 1814, l'apophyse en question détachée tout à fait à sa base par suite de coup de feu. M. Jobert, dans son livre sur les Plaies d'armes à feu, dit, en parlant des blessures mastoïdiennes : « Le projectile une fois extrait, les lambeaux seront rapprochés, et on pourrait éviter ainsi des fistules et des inflammations graves de l'oreille ou du rocher. J'ai vu de ces fistules qui ont duré un temps infini, et qui n'ont guéri complétement qu'après l'extraction d'une grande quantité d'esquilles. » On trouve une observation intéressante de ce genre dans la clinique des plaies d'armes à feu, de M. Baudens : La balle avait frappé l'apophyse mastoïde, d'arrière en avant, et vint tomber dans la bouche après s'être fait jour à travers le voile du palais, en fracturant l'apophyse ptérygoïde et la partie horizontale de l'os palatin; commotion cérébrale, esquilles nombreuses. Ce chirurgien n'a enlevé que les esquilles

libres de l'apophyse mastoïde, et il a recollé celles qui tenaient aux parties molles, dans la crainte de nuire aux attaches musculaires; il a, dans ce but, incliné la tête du côté blessé et employé un bandage compressif. Une hémorrhagie grave s'est déclarée dans ce cas; on l'a arrêtée à l'aide d'un bandage; puis des symptômes d'encéphalite qui ont été combattus. Des saignées locales firent cesser des bourdonnements d'oreille insupportables. Il restait un peu de surdité que l'application d'un moxa derrière l'oreille dissipa presqu'entièrement. Ces rapprochements font déjà suffisamment sentir l'importance du cas dont nous venons de parler.

Hôpital de la Charité (M. VELPEAU).

HYDROPISIE DE LA COULISSE DU TENDON DU JAMBIER POSTÉRIEUR. *Ponction.* — Un jeune homme, âgé de 16 ans, bijoutier, est entré à la Charité pour être traité d'une tumeur fluctuante, obscure, derrière la malléole interne du membre gauche. A l'examen, M. Velpeau a diagnostiqué une hydropisie de la gaîne du muscle jambier postérieur. En fléchissant fortement le pied, la tumeur devenait saillante; elle était oblongue et un peu plate, du volume d'un petit œuf de poule, en avant et au-dessous de la malléole, dans ce creux sous-malléolaire qui existe entre le talon et le scaphoïde, elle se prolongeait en arcade en passant derrière la malléole, et se terminait en mourant dans le quart inférieur de la jambe. Lorsqu'on maintenait ainsi le pied fortement fléchi, la tumeur bombait, offrait une fluctuation manifeste, sans changement de couleur à la peau, et avec toutes les apparences d'un kyste. Il était facile cependant de s'assurer que ce kyste ne communiquait pas avec l'articulation tibio-tarsienne. Une hydropisie de l'articulation ne se serait d'ailleurs pas montrée sur un seul point de l'enceinte synoviale. En cessant de fléchir fortement le pied, la tumeur s'aplatissait, s'effaçait en partie, devenait moins manifeste, mais on sentait toujours un certain empâtement anormal. M. Velpeau l'a fait bomber de nouveau, et y a pratiqué avec une lancette une piqûre perpendiculaire dans la partie inférieure, sur le point le plus saillant et fluctuant, il en est sorti quelques cuillerées de synovie pure d'abord, puis du liquide séro-purulent, et ensuite sanguinolent. Un cataplasme a été prescrit par dessus. M. Velpeau a fait remarquer que la forme arquée de la tumeur, sa terminaison vers le scaphoïde où s'attache le tendon du jambier postérieur, et enfin son prolongement vers la jambe, par derrière la malléole, étaient autant de caractères qui mettaient dans la voie du diagnostic. D'un autre côté, l'absence de maladie dans l'articulation, la possibilité de faire jouer le liquide dans la direction du tendon par des mouvements imprimés au pied, confirmaient la première présomption. M. Velpeau a rencontré douze cas de ce genre; il les a constamment guéris, les uns par la simple ponction et les topiques émollients, les autres par l'injection iodée, lorsque le premier moyen a paru insuffisant. Quelquefois il a fallu revenir à la ponction, mais toujours sans accidents.

— La maladie à laquelle cette observation se rapporte n'est assurément pas fréquente. M. Velpeau n'a pas dit si les douze cas qu'il a rencontrés s'offraient dans cette région ou dans d'autres, car toutes les coulisses tendineuses peuvent être affectées de la même manière, comme on sait. Ce qui nous fait présumer que c'est d'une manière générale qu'il a voulu parler, c'est que dans son *Anatomie chirurgicale* M. Velpeau ne mentionne qu'un seul cas d'hydropisie de la coulisse osséo-fibreuse du jambier postérieur. « J'ai vu sur un autre, dit-il, la coulisse du jambier postérieur distendue par une assez grande quantité de matière synoviale épanchée. » (T. 2, p. 621. 1837.) Nous nous sommes livré, sur cette maladie, à quelques recherches dans les auteurs, et nous devons déclarer que, relativement à cette synoviale, nous n'avons trouvé aucun autre fait précis. L'affection cependant se trouve parfaitement décrite, d'une manière générale, dans plusieurs ouvrages, entre autres dans le *Traité des maladies chirurgicales* de M. Bégin, dans celui de Chelius, et d'une manière plus complète encore dans le *Dict. des Dict.* (art. Bourses muqueuses). M. Blandin l'avait indiquée aussi dans son *Anat. top.* On voit déjà que le fait que nous venons de rapporter intéresse à plusieurs titres, et comme cas rare et comme objet d'étude comparative avec des maladies d'apparence analogue qui peuvent s'engendrer aux alentours de la malléole interne. Ce qui intéresse également, c'est la sûreté du traitement. Sous ce rapport, il y a une grande différence entre l'ouverture de ces collections et celle des kystes hydatiques du poignet qui appartiennent à la même catégorie d'affections. La présence du pus fluide dans la poche hydropique indique déjà assez l'origine phlogistique de la maladie. On comprend par là que des causes diverses peuvent la produire, en particulier, le frottement, les contusions, les entorses, etc. De là l'indication d'agir antiphlogistiquement soit avant, soit après la ponction. On conçoit pareillement la possibilité de guérir quelquefois cette hydropisie, sans ponction, chez les sujets pusillanimes. Sans ces connaissances déjà acquises à la science, on pourrait, au prime abord, juger la maladie plus grave qu'elle n'est en réalité.

ORCHITES BLENORRHAGIQUES. — Plusieurs malades viennent de sortir de la clinique de M. Velpeau guéris de cette maladie. On en rencontre toujours un assez grand nombre dans ce service; la méthode qu'on y suit est très simple : M. Velpeau se contente, pour tout traitement, de ponctionner de tems en temps la tumeur avec une lancette et d'en faire échapper le liquide; une amélioration s'en suit après chaque ponction, et la résolution s'effectue ainsi spontanément dans un temps plus ou moins court. Il paraît qu'il suffit de la seule évacuation du liquide pour disposer les parties à une prompte guérison. La durée du traitement, au reste, est subordonnée à l'état de gonflement du cordon déférent. Plus ce cordon est volumineux, plus il faut de temps pour obtenir le recollement de la vaginale. Chez un malade qui vient de sortir, ce canal avait acquis le volume énorme du doigt indicateur ou du pouce. Dans un cas que nous avons vu dernièrement à l'hôpital Beaujon, le cordon déférent offrait bien le volume du petit doigt, mais ces cas sont rares. En général, la guérison est prompte, lorsque l'épidydymite est simple.

— Il est remarquable qu'un simple remède mécanique, l'enlèvement d'un des effets de la maladie, suffise pour ramener la guérison d'une affection dynamique, ce qui conduit à cette conséquence : que la présence du liquide dans la vaginale est une condition d'entre-

tien de la maladie elle-même. Ce résultat vient confirmer la pratique de M. Lisfranc, de ponctionner l'hydrocèle, déjà opérée par injection et ramenée à la période de réaction, dans le but de hâter le recollement des feuillets séreux et par là la guérison. M. Gerdy s'est lui-même assuré, par l'expérience, de la bonté d'une pareille conduite, ce qui appuie encore la médication de M. Velpeau contre l'orchite, ou plutôt l'épidydymite blénorrhagique. Il paraît donc, en résumé, qu'enflammés comme ils le sont, les deux feuillets de la vaginale se recollent aisément dès qu'on a extrait le liquide qui les sépare; tandis que, quand on abandonne ce liquide à lui-même, il ne peut être absorbé qu'après le rétablissement complet des fonctions des séreuses, car on sait que les tissus enflammés n'absorbent pas; de là la longue attente pour obtenir la guérison d'après la méthode commune. Ces remarques s'appliquent tout aussi bien à l'épidydymite qu'à l'hydrocèle, comme on le voit.

Hôtel-Dieu (M. Roux).

Cancer a la verge et a l'aîne. *Opération difficile.* — Un ancien militaire, âgé de soixante ans passés, de taille moyenne, de constitution assez détériorée, avait un phimosis congénital. Il y a deux ans environ, il s'est aperçu d'un bouton dur au bout du prépuce Il n'y a pas fait attention. Ce bouton a augmenté de volume, a envahi toute l'extrémité libre de la verge, s'est ulcéré, s'est converti en un champignon squirrho-cancéreux, énorme, du volume d'un gros œuf. Telle était l'indifférence du malade à cette terrible affection qu'il l'a complétement abandonnée à elle-même. Un bubon de même nature n'a pas tardé à se déclarer dans l'aîne. Aujourd'hui, le malade s'est décidé à entrer à l'Hôtel-Dieu; il offre l'état suivant: tumeur à l'aine gauche, du volume du poing d'un homme adulte; cette tumeur est globulaire, dure, adhérente à la base, superficielle, par conséquent au-dessus des vaisseaux cruraux. On sent l'artère fémorale battre derrière la base de la tumeur. La peau qui la couvre est rouge, ulcérée et laisse écouler une humeur sanieuse. Cette masse morbide est unique, circonscrite et sans appendices ganglionnaires appréciables. La verge est formée, dans sa moitié antérieure, par un champignon évasé que nous venons de décrire, et donne issue à une matière ichoreuse, fétide et âcre, comme celle qui s'exhale de la tumeur. La moitié postérieure du pénis paraît saine. Les bourses sont un peu rouges par l'action irritante du liquide ichoreux qui les mouille. On ne remarque aucune dureté, aucune traînée suspecte dans l'espace compris entre la tumeur de l'aine et celle du pénis. Rien non plus n'existe dans la fosse iliaque, dans l'abdomen ni ailleurs. Les fonctions viscérales sont assez bonnes, bien que le malade soit un peu maigre et offre un certain teint jaunâtre à la peau. Cette maladie étant sûrement mortelle en peu de temps, car l'infection était menaçante, M. Roux a cru devoir tenter une opération, la tumeur lui ayant paru bornée aux ganglions superficiels, et séparée, par conséquent, des tissus profonds par l'aponévrose correspondante Il ne s'est pas cependant dissimulé toute la gravité de la chose et les dangers qu'on encourait en portant l'instrument tranchant dans une région aussi délicate que celle de l'aine. Il s'est parfaitement expliqué à cet égard et a fait des préparatifs en conséquence pour faire face aux hémorrhagies qui pourraient survenir pendant l'extirpation. Il avait à se mettre en garde surtout contre la lésion de l'artère et veine crurales et le nerf fémoral. M. Roux a commencé son opération par la tumeur de l'aîne, de la manière suivante: il a circonscrit la base de la masse morbide dans deux incisions sémi-lunaires, puis disséqué petit à petit la tumeur de bas en haut, et de dedans en dehors d'abord; ensuite, successivement, tantôt dans un sens, tantôt dans un autre, toujours cependant avec la plus grande précaution et en s'assurant continuellement de la position de l'artère fémorale. Cette artère passait en effet sous la base de la tumeur et vers la moitié externe de cette base. L'opérateur a eu la sage précaution, quand il est arrivé près de cette artère, de garantir celle-ci avec ses doigs placés dessus, en attendant que des aides soulevaient la tumeur et que le chirurgien coupait par petits coups, comme dans une dissection anatomique, entre ses propres doigts et la base de la tumeur soulevée. L'artère crurale a été ainsi mise à nu, et elle a été parfaitement respectée. Vers la fin de cette longue dissection, une veine de quelque calibre a été ouverte et liée de suite à l'aide d'un fil passé avec une aiguille courbe. Alors, pour éviter tout danger, M. Roux a achevé le détachement du carcinome, en coupant plutôt sur la masse morbide. Il est revenu ensuite avec plus de détails sur les tissus sous-jacents, et il a disséqué très délicatement les derniers restes des parties malades. Pour cela, un aide s'est emparé de l'artère en l'abaissant, tandis qu'un autre soulevait avec une érigne la couche restante de carcinome. Dans cette dissection, il a été impossible d'éviter la lésion d'une grosse veine, probablement la saphène, laquelle a donné immédiatement un grand jet de sang noir; M. Roux ne pense pas que ce soit la fémorale. Une éponge appliquée dessus l'a comprimée immédiatement. En attendant, l'opération a été complétée parfaitement. Avant d'arriver enfin à l'amputation de la verge, M. Roux s'est occupé de la lésion de la veine. A peine l'éponge a-t-elle été soulevée, que le sang a parti de nouveau, mais on s'en est aisément rendu maître à l'aide d'une seconde éponge d'abord, et de la compression faite circulairement sur la cuisse par les mains de deux aides, puis de boulettes de charpie méthodiquement appliquées dans la plaie, ensuite d'un linge carré, d'autre charpie encore, de compresses en plusieurs doubles par dessus, de manière à former un coussinet sur la plaie. Une longue bande, enfin, appliquée en *spica*, a retenu le tout parfaitement, et le sang a été arrêté sans une grande difficulté. Enfin, l'opérateur a coupé la verge en agissant de bas en haut, à l'aide d'un petit couteau à amputation, et mis ensuite une sonde élastique en permanence dans la vessie.

L'opération de l'aine a été très douloureuse, et le tout a duré près d'une demi-heure.

— Le premier fait qui occupe naturellement dans les détails de cette grande opération, c'est l'hémorrhagie veineuse. On se demande ce qu'il doit arriver si la veine lésée était la fémorale. M. Roux n'a pas paru s'en inquiéter, et sa tranquillité est une garantie de la prévoyance favorable que lui suggère sa grande expérience. Si c'est la veine fémorale, comme la lésion n'a été que petite, elle doit se fermer comme celle d'une saignée, et laisser le vaisseau béant. Il est d'observation, en effet, qu'après la saignée au bras, le sang continue à passer dans la veine, malgré que son petit calibre devrait l'exposer à s'oblitérer. Au point de vue de la récidive, ou même des suites immédiates de l'opération, il ne faut pas se dissimuler qu'il y a là tous les dangers possibles à courir; les phlébites, entre autres, si faciles et si redoutables deviennent, surtout

dans cette région, un sujet de surveillance particulière.

— *P. S.* Aujourd'hui, dixième jour de l'opération, nous venons de revoir le malade de l'Hôtel-Dieu, il va parfaitement; aucun accident n'est survenu, et tout fait espérer que les suites en seront heureuses.

Nous devons enfin appeler l'attention sur le mode opératoire suivi par M. Roux dans l'amputation de la verge. En coupant de bas en haut, comme il l'a fait, on obtient une division nette et précise, et l'on n'est pas exposé à avoir des queues de peau, ainsi que cela peut arriver en coupant de haut en bas, lorsque surtout l'amputation est exécutée près des bourses; il est vrai que cet inconvénient peut être aisément évité, mais il n'est pas moins certain que l'incision de bas en haut est plus normale. M. Roux a fait remarquer que l'idée de mettre une sonde élastique dans la vessie avant d'opérer, et de la couper avec la verge, ne répond, en réalité, qu'à un inconvénient imaginaire, car il n'est pas exact de dire que l'urètre pourrait n'être que difficilement trouvé après l'opération. Ce canal, en effet, reste parfaitement béant, visible et accessible à la sonde sur le moignon. On sait, au reste, que les opinions sont partagées quant à la manière de panser la plaie de la verge amputée. Généralement on trouve utile de mettre une sonde en permanence; elle fournit, en effet, un appui aux linges et à la charpie pour arrêter le sang, et prévient le contact de l'urine sur la plaie; telle est aussi la pratique que suit M. Roux. Nous avons vu, cependant, des malades qui n'ont pu supporter la présence de la sonde; on l'a ôtée, et les choses ont marché tout aussi bien : le malade urine entre les linges et la peau, l'appareil se mouille, sans doute, mais il se mouille également quand il y a la sonde, car l'urine s'échappe entre elle et le canal, de sorte qu'il faut toujours renouveler deux fois par jour l'appareil. Il nous a semblé qu'on pouvait, sans inconvénient, n'avoir recours à la sonde qu'au bout de dix à quinze jours, vers l'époque de la formation de la cicatrice; encore n'est-il pas indispensable de la laisser en permanence. Quoiqu'on fasse, au surplus, le rétrécissement consécutif de l'urètre est inévitable, si le malade n'a pas le soin d'y passer souvent des sondes temporairement. La coarctation incessante du tissu cicatriciel des corps caverneux et de la substance même de ceux-ci, qui cesse d'être distendue par les congestions de l'érection, rend parfaitement raison du phénomène. M. Roux a raconté que, dans le début de son service à la Charité, il y a maintenant 25 à 30 ans, il soigna, avec Boyer, un homme venu d'une ville maritime, de Toulon ou de Brest, pour un rétrécissement de ce genre. Cet homme était âgé d'une quarantaine d'années; sa femme, dans un accès de jalousie, lui amputa la verge, à l'aide d'un couteau bien effilé, tout en feignant de le caresser. Le malheureux arrêta lui-même le sang en se pansant comme il a pu; il a éprouvé une telle honte de son malheur qu'il n'en a parlé à personne, et il s'est suffi à lui-même pour la guérison de la plaie; il n'a pas cherché non plus à appliquer à la main coupable la loi du talion. Pendant plusieurs années, le jet de l'urine a été gros et libre; par la suite, cependant, il a tellement diminué que le patient ne pouvait plus uriner. MM. Boyer et Roux ont dilaté ce canal avec des sondes, et les choses ont bien été. Deux années plus tard, néanmoins, le rétrécissement s'est reproduit; alors M. Roux a débridé l'urètre, puis mis des sondes avec un bon résultat. Il n'a plus, depuis, entendu parler de ce malade, et il ignore s'il est encore en vie.

Hôpital de la Charité (M. GERDY).

CANCER DE LA MOELLE DE L'HUMÉRUS (*spina ventosa cancereux*).— Une femme dont nous avons déjà parlé (t. I, p. 230) vient de mourir avec tous les symptômes de la cachexie cancéreuse et une affection de même nature dans l'humerus, qui a pu être examinée sur le cadavre. Ce fait étant au nombre des cas rares, nous allons le rapporter dans tous ses détails, d'après les notes que nous devons à l'obligeance de M. Trifet, interne des salles de M. Gerdy, et d'autres que nous avons recueillies nous-mêmes. Catherine Guillot, quarante-huit ans, couturière, entre à l'hôpital de la Charité le 16 juillet 1843, pour être opérée d'un cancer au sein droit. Elle est née en Bourgogne de parents bien portants, se maria en 1822 et vint à Paris en 1830, où elle habita un rez-de-chaussée assez humide. Elle ne connaît personne dans sa famille qui ait été atteint de cancer. Son père est mort à trente-cinq ans, à la suite de violents maux de tête; sa mère à cinquante-six, d'hydropisie; son frère, ses deux sœurs sont bien portants. En 1832, elle accoucha d'une petite fille. Au commencement de son allaitement, elle eut des crevasses, puis des abcès au sein, qui ont duré un mois. Elle a continué à nourrir des deux seins pendant cinq mois; alors, sa santé a commencé à s'altérer, et elle a dû sevrer son enfant; mais consécutivement elle s'est rétablie, et elle a joui d'une bonne santé pendant trois ans. En 1835, déclaration d'une tumeur au sein droit. En 1841, elle entre à la Charité. M. Huguier, alors chargé, *par interim*, du service de M. Gerdy, pratiqua l'ablation du sein malade. Les ganglions axillaires n'étaient pas engorgés; la plaie s'est cicatrisée. En février 1842, des ganglions se déclarent dans l'aisselle droite et une petite tumeur dans la cicatrice du sein; M. Huguier les lui extirpa à l'hôpital de l'Oursine; guérison. Trois mois plus tard, nouvelles tumeurs douloureuses au sein. En avril 1843, douleurs vives, lancinantes, atroces dans le bras droit, céphalalgie intense, surtout à droite, odontalgie (la malade se fait arracher une grosse dent à droite; les douleurs n'en persistent pas moins), constipation habituelle; les autres fonctions se font bien. Au bout de deux autres mois, elle s'aperçoit que son bras a augmenté de volume. Les douleurs continuent; elles sont vives dans le bras, et plus vives encore dans les grosseurs du sein et dans l'aisselle, ce qui l'a décidé à entrer à l'hôpital (16 juillet 1843). On met le bras dans un appareil inamovible, comme mesure préventive de la douleur et d'une fracture spontanée possible. Cinq mois après (janvier 1844), on lève cet appareil, et l'on trouve le bras fracturé vers son milieu et gonflé. En palpant ce membre, on sent profondément à travers les parties molles l'humérus ramolli et considérablement tuméfié; on dirait que la substance osseuse a disparu et a fait place à une substance flexible et crépitante. L'endroit de la fracture est fortement tuméfié, douloureux et crépitant; les douleurs s'étendent à l'avant-bras et aux doigts. Suit une série de symptômes propres à la diathèse cancéreuse pendant une année.

Autopsie. Le corps est dans un état de maigreur assez

prononcé. Le bras droit, et surtout l'avant-bras, sont considérablement tuméfiés. Les parties molles du bras ne paraissent altérées que passivement, c'est-à-dire par la tuméfaction de l'os et par l'action du bandage. L'humérus disséqué offre à sa partie moyenne, à l'endroit de la fracture, une tumeur du volume du poing, réunissant par ses deux extrémités les deux fragments osseux. Cette tumeur est ovalaire, d'apparence charnue, rénitante au toucher; elle paraît évidemment formée par la moëlle de l'os dégénérée. Fendue suivant sa longueur, elle présente un tissu lardacé, compacte, d'apparence carcinomateuse ou ostéosarcomateuse, traversé par des lames osseuses développées sans doute accidentellement, ainsi qu'on en rencontre ordinairement dans la plupart des tumeurs voisines des os. On scie les deux fragments de l'humérus longitudinalement. On voit évidemment que la tumeur tient à la membrane médullaire; celle-ci est elle-même très rouge, hypertrophiée et comme ramollie. Les bouts correspondants de l'os sont évasés un peu et amincis par l'action excentrique de la végétation maligne, ce qui porte à conclure que le cancer a dû se développer dans la moëlle, agir mécaniquement sur les parois du canal osseux, les amincir, les ramollir, les dilater, les fracturer, les faire enfin disparaître par sa compression excentrique. Quant à la tumeur du sein, elle offre le volume d'un œuf, est implantée fixement sur le sternum. Cette tumeur traverse complétement cet os, fait saillie dans la poitrine et adhère au poumon. Plusieurs tumeurs fibreuses dans les seins, des engorgements ganglionnaires dans l'aisselle. Les autres organes n'ont pu être examinés, le cadavre ayant été réclamé par les parents.

— Les maladies de la moelle des os sont à peine connues. Nous avons, il y a quelques années, réuni dans un mémoire publié dans la *Gazette des hôpitaux* la plupart des faits que la science possédait sur ces maladies et ceux que nous avions observés nous-même dans les hôpitaux; nous n'avons trouvé dans les auteurs qu'à peine quelques cas analogues à celui dont on vient de lire les détails. Le périoste interne ou la membrane médullaire est un tissu cellulo-vasculaire très susceptible de s'enflammer et de subir des dégénérescences diverses; cependant on y a peu fait d'attention, par la raison que ces maladies réagissent inévitablement sur le parenchyme osseux qui devient l'objet le plus frappant dans le traitement. Il y a d'après les études de M. Gerdy et les nôtres, une ressemblance très grande entre la tumeur précédente et certains fongus de la dure-mère, dont l'origine est dans la membranule qui redouble le diploé des os du crâne, ou dans les vaisseaux qui arrosent le tissu spongieux de ces os. La carnification des extrémités du tibia ou du fémur dont nous avons rapporté un exemple recueilli dans le service de M. Gerdy, il y a plusieurs mois, offre des conditions analogues aux tumeurs dont nous venons de parler, et l'on peut trouver aussi de l'analogie entre ces mêmes tumeurs et les végétations décrites par A. Cooper sous le nom d'exostoses malignes. Ce sont là des faits d'un grand intérêt pathologique. Il nous reste à présent à dire un mot sur les douleurs atroces dans le bras, que la malade avait accusées. Une circonstance doit frapper dans l'étude des maladies organiques, spontanées, des os cylindriques, c'est que celles qui règnent aux extrémités sont presque indolores (à moins qu'elles ne s'étendent aux parties molles environnantes), tandis que celles de la diaphyse sont d'autant plus douloureuses qu'elles s'approchent du milieu de l'os. Il est facile de se convaincre de l'exactitude de ce fait par une expérience très-simple : mettez le fémur d'un animal à découvert, trépanez-le vers son tiers inférieur jusqu'à la moelle, introduisez un stylet de haut en bas, l'animal n'accuse aucune douleur; portez-le de bas en haut, de manière à atteindre le milieu de la moelle, l'animal donne des signes de la plus vive douleur. C'est que la moelle des os cylindriques ne reçoit qu'un seul rameau nerveux, ce rameau accompagne l'artère nourricière; en entrant dans le canal médullaire, ce nerf se ramifie en haut et en bas, et se perd graduellement à mesure qu'il s'éloigne du trou de son entrée; aussi la sensibilité de la moelle diminue-t-elle à mesure qu'on s'approche des extrémités du cylindre. Nous devons ces connaissances à l'observation de Mascagni qui, le premier, signala les nerfs de la moelle des os, niés jusqu'alors. Desault fit l'expérience que nous venons de rappeler; Lobstein l'a savamment commentée; nous l'avons vérifiée dans une foule de maladies diverses des os. Chez la malade en question il faut aussi tenir compte de la nature elle-même de la tumeur qui s'accompagne partout de douleurs lancinantes. D'autres considérations se rattachent à cette belle observation.

Emphysème spontané de la paupière supérieure (Rédaction de M. Trifet). — « Beaupain (Jean), âgé de 27 ans, boulanger, entré à l'hôpital de la Charité le 12 juin 1844. Sujet vigoureux, jouissant habituellement d'une bonne santé. Le 9 juin, il pétrissait du pain, lorsqu'il ressentit une douleur assez vive dans la paupière supérieure; il dit que l'œil se voilait rapidement, qu'en portant la main, il s'aperçut que la paupière était considérablement tuméfiée, et comme les douleurs augmentaient en raison directe des efforts, il abandonna son travail avant de l'avoir terminé. Les jours suivants, il éprouva de la cuisson, de la chaleur, de la douleur dans l'œil. Ces accidents augmentent par la toux, l'action de se moucher, de parler, de crier, de cracher, en un mot, par tous les efforts. D'abord il n'a fait aucun traitement; mais, voyant que la maladie persistait, il s'est décidé à entrer à l'hôpital, où il a présenté l'état suivant. — La paupière supérieure est rouge, considérablement tuméfiée; elle recouvre complétement l'œil. C'est avec beaucoup de peine qu'on parvient à la soulever et à découvrir le globe oculaire; la conjonctive n'est point injectée, l'œil paraît parfaitement sain; toute la maladie siége dans la paupière supérieure qui est tuméfiée, et a acquis le volume d'une grosse amande. Au premier aspect, on dirait qu'elle contient du liquide; on croit y sentir une espèce de fluctuation, mais, en examinant attentivement, M. Gerdy s'est assuré que c'est une sorte de crépitation produite par de l'air infiltré dans le tissu cellulaire, véritable emphysème occasionné probablement par les efforts auxquels le malade s'était livré. Le seul repos a suffit pour dissiper cet état. Quelques jours après, le malade est sorti, l'emphysème ayant complétement disparu. »

— L'emphysème palpébral est une maladie peu étudiée jusqu'à ce jour; elle se présente rarement en effet; nous ne l'avons rencontrée qu'une seule fois, c'est à la clinique de Dupuytren. Ce chirurgien est le

premier, à ce que nous sachions, qui en ait parlé avec quelques détails; il citait plusieurs exemples dans ses leçons. Quelques personnes en ont parlé depuis, et l'on trouve plusieurs observations citées par M. Menière dans les *Archives*. Jusque-là cependant il n'était question que de l'emphysème traumatique, par suite d'une fracture des os du nez, de la fosse nasale ou du sinus frontal. On comprend dans tous ces cas comment l'air puisse s'extravaser des voies nasales dans le tissu cellulaire des paupières. Dans le cas de M. Gerdy, cependant, il s'agit d'un emphysème spontané. Le fait est donc tout à fait nouveau dans la science, et bien qu'il ne se rapporte pas à une affection grave, il n'en mérite pas moins l'attention. Sans fracture ni plaie, on ne saurait comprendre autrement l'emphysème palpébral de ce malade qu'au secours de deux hypothèses : soit par éraillure d'un point de la muqueuse du syphon lacrymal (ce qui aurait emmené une infiltration d'air dans la paupière inférieure plutôt), soit par une disposition incomplète, ou maladive des différentes pièces osseuses qui forment le cône orbitaire et qui pourraient, par suite d'un effort, mettre cette cavité en communication avec les cellules ethmoïdales ou le sinus frontal. On ne peut absolument rien conclure jusqu'à présent d'après ce cas, quant à l'origine du phénomène, mais le fait n'en est pas moins acquis; il pourra se représenter et devenir plus compréhensible.

Rétraction de l'aponévrose brachiale. *Guérison sans opération* (Réd. de M. Trifet).—« Marie Robin, âgée de 34 ans, domestique, est entrée à l'hôpital, le 13 juin dernier, pour être traitée d'un vaste phlegmon développé dans la partie interne du bras gauche, accompagné de fièvre, de céphalalgie et de frisson. La tumeur date de huit jours (30 sangsues, cataplasmes, bains locaux, diète); on sent une fluctuation profonde. Le 17, on l'ouvre largement dans la direction de l'axe du bras; cataplasmes; mieux. Le 21, mieux progressif, la plaie se cicatrice; formation d'un second abcès à côté du premier; on l'ouvre. Le 25, la plaie est presque complétement fermée, mais bientôt des phénomènes de retraction se déclarent, la malade ne peut étendre son bras; dans le maximum d'extension le bras forme avec l'avant-bras un angle droit; les doigts ont conservé tous leurs mouvements, toute l'altération fonctionnelle porte sur l'articulation du coude. Lorsqu'on veut étendre l'avant-bras sur le bras, on sent une rétraction très prononcée, due à la forte tension d'un plan sous-cutané formé par l'aponévrose brachiale. Cette bandelette fibreuse a environ six centim. (deux pouces) de largeur; elle est quadrilatère et suit la direction de la veine radiale; c'est un véritable ruban qui cause une saillie visible à l'œil nu, quand on veut étendre l'avant-bras (cataplasmes, bains de bras). Le 30, la rétraction a beaucoup diminué sous l'influence des cataplasmes et des bains de bras. La malade quitte l'hôpital, elle continuera le même traitement chez elle. Le 9 juillet, M. Gerdy présente cette malade à l'Académie de médecine, la rétraction a beaucoup diminué, le bras forme avec l'avant-bras un angle de 125 à 130°. Il est probable que sous peu ce membre aura recouvré tous ses mouvements, les tissus albuginés paraissant vouloir reprendre leur élasticité et leur forme primitives. »

— Dans le n° de mai dernier, p. 59, nous avons rapporté un fait pareil à celui-ci et recueilli aussi dans le service de M. Gerdy. La rétraction de l'aponévrose brachiale, par suite de phlogose, constitue un fait d'autant plus important qu'il peut compromettre les fonctions du membre, si on ne l'apprécie pas convenablement et si on ne l'attaque énergiquement et avec persévérance. Dans un travail récent sur les tissus albuginés, M. Gerdy a envisagé ce sujet à son véritable point de vue et dans toutes les régions du corps où ces tissus se rencontrent. On voit en ce moment plusieurs malades dans son service qui offrent de ces rétractions; entre autres, un vieillard reçu pour une affection paralytique de la vessie, et qui venait d'avoir un érysipèle gauche, les tissus aponévrotico-celluleux de ce membre étaient indurés, douloureux, rétractés; les pieds et les orteils participaient à cet état; M. Gerdy a fait placer le talon élevé sur un plan incliné des pieds vers la tête, et appliquer des cataplasmes émollients, la rétraction a de suite diminué. Chez une femme, pour une maladie d'un autre genre, la rétraction aponévrotique existe dans le creux axillaire, entre le bras droit et la poitrine, par suite d'un abcès. On rencontre la même lésion à la jambe et à la cuisse chez une jeune femme qui a une tumeur blanche au genou, et dont la jambe se fléchit spontanément de plus en plus, par suite de de la rétraction des tissus albuginés. Ce sujet est encore vierge en chirurgie; les partisans outrés de la ténotomie se hâtent à taillader les tissus, les chirurgiens, dignes de ce nom, cependant se contentent de combattre la condition dynamique de la maladie, ce qui suffit pour une guerison véritable.

Faits divers. — 1° *Excision des paupières*. Nous avons parlé plusieurs fois d'un malade, auquel M. Gerdy a pratiqué l'excision des deux paupières devenues squirrheuses. Ce malade, sorti guéri il y a trois mois, est revenu à l'hôpital aujourd'hui pour une récidive de la même maladie à l'angle interne. La nouvelle tumeur offre le volume d'un gros pois. M. Gerdy l'a cernée avec le bistouri et excisée à l'aide de pinces et de ciseaux courbes; il a dû poursuivre le mal jusque dans la graisse orbitaire d'une part, et intéresser le sac lacrymal de l'autre; il a ensuite appliqué un bouton de feu sur toutes ces parties, mais le globe de l'œil a été respecté. A part le cancer, qui n'offre rien de particulier ici, il est vraiment admirable de voir comment la nature a refait les paupières enlevées et même les cils par une véritable autoplastie. Le sourcil, qui n'était d'abord descendu que jusqu'au milieu de l'orbite, se trouve aujourd'hui abaissé jusqu'au bord inférieur de la cornée, et ses poils répondent parfaitement au bord libre de la nouvelle paupière, mobile à volonté; la paupière inférieure seule, qui est formée par la peau de la joue, manque de cils, mais elle est aussi mobile à loisir. Il est à remarquer, en outre, que le bord libre des deux paupières est épais, calleux et arrondi comme un cartilage tarse, et qu'entre le globe et le voile inférieur on peut reconnaître une véritable gouttière lacrymale. La nature semble défier ainsi le chirurgien autoplaste le plus habile, et se jouer en même temps de nos connaissances sur l'écoulement des larmes, car les points et conduits lacrymaux ont été excisés et pourtant il n'y a pas épiphora !

2° *Kyste synovial volumineux à la face palmaire du*

poignet. Ponction sous-cutanée. — Un jeune homme, âgé de 27 ans, scieur de bois à brûler, est entré à l'hôpital pour être traité d'un de ces kystes synoviaux du poignet, qu'à décrits Dupuytren et qui contiennent de la sérosité et des concrétions analogues aux grains de riz ou aux semences de coing. Cette tumeur est plate, du volume d'un gros œuf écrasé, profondément située, douloureuse, etc.; elle date de dix ans; aujourd'hui elle empêche le patient de travailler. M. Gerdy, redoutant avec raison les accidents inflammatoires graves qui surviennent après l'ouverture de ces tumeurs, a commencé par appliquer des sangsues, des cataplasmes et la compression, ce qui a eu pour effet d'enlever la douleur que le malade accusait et de diminuer un peu le volume de la tumeur. Ensuite il a pratiqué une ponction sous-cutanée, à l'aide d'un petit ténotome enfoncé vers la limite supérieure du kyste; un liquide séreux clair s'est échappé; puis, à l'aide de pressions méthodiques, on a fait sortir une quantité de concrétions albumineuses, qu'on a recueillies pour les faire analyser chimiquement. La tumeur s'est affaissée. Compression. On se tient prêt à combattre la réaction inflammatoire au premier signal. Rien n'est survenu cependant; mais on ne peut dire si le malade guérira, si la tumeur se reproduira et s'il faut répéter l'opération. Toujours est-il, cependant, que la ponction pratiquée d'après la méthode sous-cutanée n'a pas entraîné d'accidents, et c'est là le point spécial à signaler pour le moment, nous reviendrons sur le résultat définitif.

Hôpitaux militaires.

Hopital des Invalides (M. Pasquier). *Maladies d'anciens moignons.* — Deux cas assez intéressants s'offrent en ce moment dans le service de M. Pasquier : l'un est relatif à une fracture du fémur chez un individu anciennement amputé au-dessous du genou; l'autre concerne une névralgie convulsive dans un moignon de cuisse amputée depuis longues années. Chez le premier, la fracture est arrivée de la manière suivante: l'homme marchait sur une jambe de bois fixée d'une part au genou à l'aide d'une sorte de boîte, d'autre part à la hanche, au moyen d'une attèle externe et d'une ceinture de corps. Il est tombé sur le côté de l'attèle, c'est-à-dire en dehors. L'attèle, forcée de dehors en dedans vers son milieu, s'est trouvée, par ses deux points fixes, agir sur le fémur, comme la chute elle-même venait d'agir sur elle, c'est-à-dire elle a courbé le fémur de dehors en dedans, en rapprochant le genou de la tête fémorale et en courbant celui-ci comme un bâton de bois vert dont on rapproche les extrémités. L'os s'est fracturé vers son tiers inférieur, en rave un peu oblique. La lésion présentait un peu de chevauchement; le fragment inférieur était porté un peu en dehors. Il était difficile de contenir une pareille fracture sur un sujet assez indocile et ne présentant pas de jambe pour donner prise à des attèles. M. Pasquier a eu l'heureuse idée de placer le jarret sur le sommet bien rembourré d'un pupître en bois représentant un double plan incliné. Les deux membres à la fois ont été placés sur ce pupitre, afin de rendre tolérable la position. La reduction a été parfaite, et la guérison également. Nous décrirons tout-à-l'heure l'espèce de bandage dont M. Pasquier fait usage chez ses fracturés. M. Pasquier avait déjà rencontré un cas pareil au précédent. Chez le second, il s'agit d'un vieux militaire dont la cuisse avait été amputée vers son milieu. Il éprouve des douleurs atroces dans ce moignon, et en même temps des mouvements convulsifs tels dans cette partie que, le tenant avec ses deux mains, le patient laisse entraîner ses bras dans toutes les directions, comme s'il agissait avec un piston dans un mortier pour piler à coups redoublés une écorce qu'on veut réduire en poudre, et cela jour et nuit. Ce malheureux souffrait tellement de cette névralgie qu'il demandait instamment qu'on lui coupât le moignon. Ce moignon a une forme conique, paraît bien nourri, peut-être trop, car sa partie supérieure est extrêmement charnue et plus développée que celle du membre entier; mais il faut noter qu'il appartient au côté droit, par conséquent susceptible d'être naturellement plus volumineux. On ne remarque, au reste, aucune induration, aucune autre maladie dans le moignon ni ailleurs capable d'expliquer la névralgie, le malade se portant très bien sous d'autres rapports. Les frictions de laudanum n'ont rien changé. M. Pasquier lui a fait appliquer deux vésicatoires volants, qu'on a pansés avec de la morphine, l'un dans la direction du nerf crural, l'autre du nerf sciatique. Le patient en a été soulagé. Il est probable que la continuation des vésicatoires cantharidés et camphrés simples, sans opium, produiront de bons effets. Cette affection paraît constituée par une neurilémite périphérique, c'est-à-dire bornée au moignon lui-même; mais elle peut gagner la moelle. Les eaux minérales ferréo-salines pourraient être d'un précieux secours.

Maladies des voies urinaires.— Parmi les cas assez nombreux d'affections curieuses des organes génito-urinaires qu'on rencontre habituellement dans le service de M. Pasquier, nous mentionnerons les trois suivants. Le premier est relatif à un carcinome énorme de la verge, accompagné de fistules périnéales multiples. L'urètre était rétréci. Il a fallu commencer par combattre le rétrécissement, ce qui n'a pas été sans difficultés, et laisser ensuite une sonde en permanence, car le canal offrait de telles déviations qu'on ne parvenait, que par des tâtonnements longs et pénibles, à retrouver la voie quand il s'agissait de renouveler la sonde. M. Pasquier a ensuite coupé le carcinome en amputant la verge autour de la sonde sans trancher celle-ci. La masse morbide a été enlevée après l'amputation en la faisant glisser sur la sonde comme une sorte de virole. La plaie s'est cicatrisée et les fistules se sont oblitérées; le patient a continué à se sonder lui-même de temps en temps, et il s'est bien porté depuis. L'opération a été faite il y a deux ans. Aujourd'hui il entrait à l'infirmerie pour une maladie sans importance à la jambe, et l'on voit avec intérêt que les bienfaits de l'opération n'ont pas été démentis, aucun signe de récidive ne s'étant manifesté ni à l'aîne, ni dans le ventre, ni ailleurs. Le moignon de la verge semble avoir pris un certain développement, le prépuce le couvre en avant et laisse dans le

milieu une ouverture qui rappelle exactement la forme du phimosis congénital. Au premier aspect, on ne soupçonnerait pas l'opération que cet homme a subie.

Le second concerne un autre vieillard qui avait subi l'opération de la taille périnéale à Metz, par la main habile de M. Guillaume. Déjà cet homme avait une incontinence paralytique de la vessie, et cet état a persisté après l'opération. De plus, la plaie ne s'était pas fermée et les urines coulaient involontairement en partie par la verge, en partie par le périnée. Pour obvier à cette incontinence, le malade avait imaginé un appareil singulier: il avait attaché deux morceaux de baguette en V et plaçait la verge sur cette espèce de fourche, il serrait un peu, et cela suffisait pour comprimer l'urètre et empêcher l'urine de couler continuellement; mais il en est résulté que l'urine se collectionnait entre le col vésical et le point comprimé; de sorte que l'urètre s'est dilaté petit à petit et a formé une véritable vessie surnuméraire. Les parois de cette poche se sont encroûtées de matière calcaire, et il s'est formé à la fin un calcul énorme, du volume d'un œuf de poule, fendillé sur plusieurs points, à travers lequel l'urine se filtrait comme une eau de roche, si l'on peut ainsi parler. M. Pasquier a fendu inférieurement cette tumeur avec le bistouri, a décroûté la poche morbide, enlevé l'énorme calcul par gros fragments amorphes, mis une grosse sonde dans la vessie et traité la plaie. Cette plaie s'est cicatrisée, mais la fistule périnéale et l'incontinence ont persisté. Aujourd'hui le malade tient un gros morceau de sonde en permanence dans le canal naturel jusqu'à la poche urétrale, ce qui suffit pour transporter le liquide dans un urinal en caoutchouc que le patient porte en permanence; il se promène et se porte bien au reste. Nous avons vu le calcul urétral; l'ensemble de ses fragments fait une masse vraiment incroyable; c'est un calcul phosphato-magnésien.

Le troisième enfin est relatif à un homme auquel M. Pasquier vient d'enlever un testicule cancéreux et qui présente une lésion singulière, très rare, mais déjà signalée par les auteurs : une induration de forme annulaire à la base de la verge, véritable virole sémi-osseuse organisée dans la gaîne fibro-celluleuse des corps caverneux. Cette induration paraît avoir diminué un peu par les frictions mercurielles. M. Pasquier a déclaré qu'il rencontrait pour la première fois une pareille lésion. Nous nous rappelons avoir vu un cas pareil, il y a quelques années, à la consultation de M. Roux, à la Charité; l'induration était vers le milieu de la verge et ne formait pas une virole complète. M. Roux nous a dit, dans le temps, qu'il avait rencontré deux autres cas analogues. C'est, à ce qu'il paraît, le résultat d'une phlogose chronique terminée par induration et qui n'a rien de malin.

Fractures. — L'appareil que M. Pasquier applique à ses fracturés offre quelque chose de remarquable et par son élégance et par sa solidité. Il attend que les symptômes réactionnels primitifs soient dissipés pour réduire la fracture et poser un bandage (nous parlons des membres inférieurs). L'appareil se compose de plusieurs couches de linges, de coton, de carton et de compresses en quatre chefs, fixés méthodiquement et par l'amidon et par la dextrine, de la manière suivante. Les aides réduisent à l'ordinaire et fixent les fragments; 1° le chirurgien enveloppe d'abord le membre également partout de simples compresses larges et fendillées aux bords, mouillées dans de l'eau fraîche et exprimées pour être parfaitement appliquées sur tous les points en guise d'aponévroses. Deux, trois, quatre couches de compresses sont posées ainsi, selon les probabilités du déplacement; 2° après ces toiles vient une couche de coton cardé, qui enveloppe seulement les parties latérales du membre, le bourre dans les endroits creux et le rend cylindrique. Une couche de compresses à quatre chefs fixe ce coton. Les chefs de ces compresses sont arrêtés avec de l'amidon; 3° deux larges attèles de carton mouillé, trempées dans de l'eau amidonnée, sont alors appliquées et moulées sur le cylindre. Ces deux attèles sont assez larges pour embrasser tout le membre et se joignent à peine dans la ligne axuelle de la face antérieure et de la face postérieure. On fixe provisoirement ce carton par quelques liens en attendant qu'il se sèche, pendant un jour ou deux; 4° enfin on pose la dernière couche de compresses à quatre chefs, qui doivent retenir le tout. Ces compresses sont dextrinées extérieurement avec un pinceau, la dextrine fait là l'office de vernis collant, et l'appareil est terminé. Ainsi, pas de bandes roulées, ni d'attèles en bois, ni de fanons ou faux-fanons; la dextrine n'est employée qu'extérieurement seulement. Les orteils sont laissés à découvert. A la fin, on ôte l'appareil en le fendant dans le milieu, il se laisse écarter en deux valves comme un véritable moule. Si la fracture est compliquée, on fend longitudinalement la coque, on écarte les valves et l'on panse la plaie. Pour recoller les valves on n'emploie que des compresses à quatre chefs dextrinées, au lieu d'une bande roulée qui dérange toujours les fragments. Telle est la méthode qu'on suit aux Invalides; c'est un perfectionnement de celle de M. Seutin. Jamais d'accidents; les résultats en paraissent satisfaisants. M. Pasquier fait ces appareils avec le plus grand soin. Rien n'empêche de visiter le membre tous les jours si l'on veut en fendant la coque et en mouillant avec une éponge les chefs des dernières compresses dextrinées.

Hopital du Val-de-Grâce (M. Baudens). *Hémorrhoïdes.* — Un officier portait une masse considérable d'hémorrhoïdes, de nature érectile, saignant par conséquent avec une grande facilité. Il fallait opérer, mais l'hémorrhagie était à craindre. Pour se mettre en garde contre cet accident, M. Baudens s'y est pris de la manière suivante. Il a passé avec une aiguille un fil derrière chaque hémorrhoïde, il a coupé en deçà du fil, en respectant celui-ci, et à chaque excision, il arrêtait le sang en liant le fil correspondant sur un petit bourdonnet de charpie appliqué sur la petite plaie. Un chapelet de petits nœuds de charpie ont été ainsi liés sur le bourrelet, et le sang a été parfaitement arrêté. Ces nœuds ont été rentrés dans le rectum, les fils restant au dehors. La suppuration les a entraînés consécutivement, et les choses se sont bien passées. Pour apaiser la douleur et prévenir une réaction inflammatoire trop intense, M. Baudens a fait appliquer à l'aide d'une toile cirée des morceaux de glace à l'anus, puis des compresses trempées dans de l'eau fraîche. Ce malade a guéri. On peut si l'on veut enlever

ces fils le lendemain de l'opération, mais comme leur présence n'entraîne pas d'accidents si l'on fait usage de la glace, on les laisse tomber naturellement. Ce mode opératoire est applicable à d'autres tumeurs hémorrhagiques du rectum. On comprend que mieux vaut prévenir ainsi l'hémorrhagie qu'appliquer le fer rouge ou le tamponnement, décrit par Boyer, qui est très douloureux, agit sur la vessie et en définitive n'arrête pas le sang, si la plaie est un peu haute.

Amputation du pied. Nous avons revu le malade auquel M. Baudens avait, il y a un an ou quinze mois, amputé le pied dans l'articulation tibio-tarsienne. Son moignon est parfait. L'espèce de pilon d'éléphant qu'il présente s'applique dans une simple botte ordinaire, solidifiée par deux attèles métalliques et une petite armure à charnière sur le soulier, et il marche parfaitement bien, en se servant d'une petite canne. Il porte le pied un peu raide, comme les amputés près des malléoles qui font usage d'une jambe artificielle; mais enfin il ne boîte pas, et en marchant il fait l'effet d'une personne qui a l'articulation raide au coude-pied, ainsi que cela se rencontre souvent après certaines fractures des malléoles. La botte dont il fait usage a été exécutée par M. Charrière; son prix ne dépasse pas un louis, et tout bottier peut en faire autant avec un modèle. C'est là donc un problème résolu d'une grande importance.

Hopital du Gros-Caillou (MM. Soudan et Gimelle). — *Varice anévrismale.* Un officier avait eu l'artère brachiale ouverte au plis du bras droit, dans une saignée malheureuse, il y a vingt ans. Il en est résulté une varice anévrismale qu'il a portée depuis et qui ne l'a pas empêché d'exercer la profession d'écrivain, et de se servir par conséquent de ce bras. Une simple bande roulée lui a suffi pour garantir les parties de l'action des agents extérieurs. Aujourd'hui ce patient est à l'hôpital pour une affection lente de la moelle épinière, probablement un ramollissement, qui occasionne une faiblesse paralytique dans tous les membres. Cette affection étant indépendante de la tumeur, nous ne nous y arrêterons pas davantage, mais nous devons parler du bras que nous avons examiné avec soin et qui intéresse particulièrement. La tumeur offre le volume d'un petit œuf de poule, elle est sans changement de couleur à la peau, indolore, pulsatile à vue d'œil. Les doigts appliqués sur elle sont soulevés avec violence et accusent un bruissement, une sorte de frémissement, de susurrus profond qui arrive aux doigts avec un jet de liquide, lancé avec force; c'est évidemment le sang artériel qui vient heurter contre les parois du sac en traversant l'ouverture profonde de la veine. Ce bruissement est analogue à celui qu'on ressent quand on applique les doigts sur une cafetière contenant de l'eau et qui bout à petits bouillons, ou de ces jets d'eau qui s'élancent du centre des bassins dans les jardins publics. La tumeur est réductible en grande partie par la compression des doigts; il reste cependant une base indurée et plate à la périphérie de la portion affaissée, ce qui tient sans doute au travail d'adhérence établi aux alentours, mais il n'y a pas d'anévrisme entre l'artère et la veine, car on peut enfoncer la paroi dermique jusqu'à la profondeur d'où s'élance le jet artériel; il s'agit donc d'une varice anévrismale simple. Les parois de la tumeur sont épaisses, résistantes, élastiques comme si elles résultaient d'un cuir artificiel; la peau cependant est roulante sur la tumeur, elle n'y adhère point, et la résistance de cette paroi rappelle celle des vieilles hydrocèles testiculaires dont la vaginale est presque cartilagineuse. En faisant glisser la peau sur cette poche, on sent une sorte de rudesse dans les tissus sous-jacents, ce qui fait présumer que cette paroi ne résulte pas seulement des membranes de la veine distendue et épaissie. Des tissus nouveaux s'y sont probablement organisés, et c'est ce qui donne à cette partie l'épaisseur et la résistance que nous venons de signaler. Des tissus fibreux accidentels doivent se rencontrer sur cette partie. Une petite cicatrice se voit au reste sur le côté latéral interne de la tumeur; cette cicatrice paraît répondre à la médiane basilique. Voilà pour la tumeur. Quant aux veines adjacentes, les supérieures, à partir de la tumeur, vers l'aisselle, sont dilatées, épaissies et pulsatiles comme la tumeur elle-même; elles étaient couvertes d'une bande roulée assez épaisse, et les doigts appliqués sur cette bande sentaient des pulsations artérielles et du frémissement, d'autant plus vivement qu'on approchait de la tumeur. Cet état cependant se perdait bien avant l'aisselle; rien d'anormal n'était apercevable vers cette cavité. Le malade étant souffrant et triste par son affection spinale, nous n'avons pas osé lui demander la permission d'enlever cette bande pour examiner plus en détail ces veines artérialisées. Les veines inférieures à la tumeur n'offraient rien de particulier. Une seule, qui aboutissait vers la tumeur, semblait un peu dilatée, mais aucune d'elles ne présentait la moindre pulsation. Le membre était bien nourri d'ailleurs et le malade pouvait le faire mouvoir à volonté dans tous les sens, bien qu'il fût sans force aujourd'hui, comme l'autre, à cause de la maladie spinale. Il a déclaré qu'il ne souffrait jamais dans cette partie, qu'il tînt ou non le bras relevé. Sa profession d'écrivain, au reste ne l'obligeait pas à tenir la main pendante. Cette observation offre un grand intérêt et par sa rareté, et par les conditions particulières de la maladie; la science n'en possède qu'un petit nombre de pareilles, et l'art n'a pas encore dit son dernier mot sur la conduite à tenir en pareils cas. Nous le répétons, ce militaire portait sa tumeur depuis vingt ans; il ne souffrait pas et rien n'annonce qu'elle lui ferait jamais courir le moindre danger, à moins d'y éprouver quelque blessure. On se rappelle que Scarpa ne voulait pas qu'on opérât ces sortes de tumeurs. De graves considérations cependant se rattachent à ce sujet, quelle que soit la conduite qu'on adopte.

Hydrarthrose au genou. *Tartre stibié à haute dose.* — Un homme portait une hydropisie énorme au genou depuis six ans. La tumeur s'étendait jusqu'au quart inférieur de la cuisse; elle proéminait sur les côtés et en arrière. Il y avait de la douleur, de l'empâtement, et l'affection marchait vers l'arthrocace (tumeur blanche). Plusieurs traite-

ments avaient été employés depuis six ans inutilement; le mal avait toujours fait des progrès, et ce militaire était resté dans l'impuissance. Enfin, il s'est fait recevoir au Gros-Caillou. MM. Soudan et Gimelle lui ont prescrit intérieurement le tartre stibié à la dose de 30 centig. d'abord (six grains) par jour en solution, à prendre *epicratim*, et ils ont augmenté la dose de 10 centig. (2 grains) chaque jour; ils sont arrivés à 60 centig. (12 grains) par vingt-quatre heures. Le malade a parfaitement toléré cette dose. Chose vraiment admirable et qu'ont de la peine à croire les personnes qui n'ont pas l'habitude de manier les remèdes dynamiques: à mesure que l'économie de cet homme était antimonialisée, l'eau de la tumeur disparaissait. — *Guérison complète en six jours.* Cette guérison était si complète, si parfaite le sixième jour, que l'articulation était tout à fait sèche, et le malade, en fléchissant le membre, y faisait sentir un bruit de frottement. On l'a tenu assez longtemps depuis en observation à l'hôpital, et la guérison ne s'est pas démentie un seul instant. Il est probable, au reste, qu'il n'est pas nécessaire d'aller à une dose aussi élevée, si l'on donne la potion stibiée sans mélange. M. Gimelle y ajoute du sirop de d'iacode, et c'est à cela probablement que tient la tolérance alors qu'il n'y a pas de fièvre, car, ainsi que nous l'avons dit plusieurs fois, les opiacés neutralisent une partie de l'action hyposthénisante des composés minéraux; mais le résultat clinique n'en est pas moins remarquable. (Voy. *Ann. de Thér.*, t. 1, p. 131, 190.)

Maladies vénériennes. — Il existe à l'hôpital du Gros-Caillou trois grandes salles, comprenant une centaine de lits affectés au service des sujets atteints de maladies vénériennes. Ce service, très intéressant à tant d'égards, est confié exclusivement à M. Gimelle, mais les deux praticiens voient ensemble les cas les plus graves de tout le service chirurgical. Un premier fait qui nous a paru curieux, c'est que les militaires entrants sont obligés de déclarer le lieu et le numéro de la maison où ils ont contracté l'affection, ce qui est de suite déféré à la préfecture de police dans un but de salubrité publique. Des mesures, en effet, sont de suite prises pour traiter médicalement l'autre sexe. Une seconde observation générale, c'est que la forme secondaire et tertiaire de la vérole n'est pas fréquente ni très maligne chez les sujets des régiments. On attribue cet excellent résultat au traitement primitif qui est toujours mercuriel, ainsi que nous allons le voir. Aussi ne voit-on généralement dans ce service que des affections primitives. Les blennorrhagies sont les plus communes; M. Gimelle les guérit généralement dans l'espace de deux à huit jours; il prescrit dès l'entrée, une potion composée de 12 gram. (3 gros) de baume de copahu et 8 gramm. (2 gros) de poivre cubèbe en poudre, mêlés ensemble, ce qui donne un liquide noir, épais, et qu'on sert dans une fiole; le malade le boit d'un seul trait en présence du chirurgien, au moment même de la visite. Du repos au lit, des bains, une tisane mucilagineuse et un régime alimentaire modéré sont prescrits en même temps. Dès le second jour, les malades sont déjà mieux, la chaleur et l'écoulement ayant diminué; puis, à chaque nouvelle potion, l'écoulement décroît et il s'épuise, terme moyen, à la quatrième ou cinquième prise. Il est rare que le mal résiste plus de huit jours; alors on a recours à quelques injections au nitrate d'argent, mais, nous le répétons, c'est là une exception assez rare. Nous avons vu des malades complétement guéris en deux ou trois prises de la potion cubébée; les suites sont généralement heureuses; pas d'indurations ni de rétrécissemens. Aussitôt l'écoulement arrêté, on tient les malades en observation pendant quelques jours, et si la gouttelette se montre encore, une ou deux potions en font justice. Pour apprécier convenablement ces résultats, il faut savoir que quand les malades arrivent à l'hôpital leur écoulement date déjà de huit à dix jours; la période sur-aiguë est donc passée. On a si souvent détourné les praticiens de la médication propre à guérir sûrement cette maladie, que souvent on se trouve pour ainsi dire au dépourvu pour prescrire ce qu'il convient le mieux; aussi croyons nous devoir appeler l'attention sur cette médication, qui, tout en reproduisant des idées connues, ramène la pratique dans une bonne voie.

Les orchites, ou plutôt les épidydymites ne se déclarent pas au début de la blennorrhagie comme on sait, c'est plutôt vers la période décroissante de la phlogose. On en rencontre un très grand nombre dans les salles de M. Gimelle, soit qu'elles viennent toutes formées du dehors, soit qu'elles se déclarent pendant le séjour des malades à l'hôpital, et malgré le traitement. On dirait que pour gagner les voies spermatiques, la maladie a besoin d'un certain temps; que le gonflement de la muqueuse y met obstacle dans la première période, et que les remèdes qui combattent l'écoulement ne savent pas s'opposer à la propagation de l'irritation dans le peloton du conduit d'émission. Pourquoi cela n'arrive-t-il pas chez tous les sujets indistinctement; et quelles sont les conditions qui y prédisposent? C'est ce qu'il serait difficile de dire dans l'état actuel des connaissances. M. Gimelle pense, au reste, comme M. Velpeau, que le testicule est le plus souvent compris, mais moins que l'épidydyme, dans le gonflement; la chose nous a paru assez claire dans un seul des cas que nous avons observés au Gros-Caillou; le testicule était *coagulé* en effet (expression de M. Ricord). Des sangsues d'abord et des bains sulfureux; des frictions mercurielles ensuite, amènent la guérison dans un temps plus ou moins long. La question du temps est ici importante; il serait donc à désirer que M. Gimelle essayât comparativement en même temps la méthode de M. Velpeau, que nous avons indiquée dans ce numéro. On aurait ainsi quelque conclusion d'une portée réelle. Il nous reste à parler de la méthode qu'on suit au Gros-Caillou dans le traitement de la vérole primitive, secondaire et tertiaire; nous reprendrons ce sujet dans un prochain numéro.

DOCUMENTS CHIRURGICAUX.

— Compression prophylactique des bubons. — « Un fait à noter, c'est qu'il est rare de voir des bubons se développer sous un bandage bien fait, chez les individus affectés de hernie » (Ricord, *Notes à Hunter*).

— Varicocèle. M. Jobert vient d'opérer un varicocèle chez un homme âgé de 52 ans, raffineur de sucre, obligé, par conséquent, de rester toute la journée debout et de soulever de lourds fardeaux. Ayant palpé son abdomen, nous lui avons trouvé le foie très hypertrophié, dépassant considérablement le niveau des fausses côtes. Cette observation confirme l'opinion que nous avons émise dans l'avant dernier n° (page 113), savoir que le varicocèle est une infirmité symptomatique d'une maladie abdominale, plus particulièrement du foie ou de la rate, qui se complique quelquefois d'hémorrhoïdes, et qu'on peut quelquefois faire disparaître par un traitement interne et l'usage d'un suspensoir. On s'épuise en procédés pour si peu de chose! M. Jobert a tout bonnement passé cinq aiguilles sous le cordon des veines et étranglé celles ci à l'aide de fils en 8. Il a laissé les fils tomber spontanément. Ce procédé, extrêmement simple, vaut au moins toutes les *pinces savantes* qu'on a inventées *ad hoc*. Le mal revient assez souvent lorsque l'affection du foie persiste. Il est clair que la tristesse qui accompagne le varicocèle ne tient pas à celui-ci, elle se rattache à la maladie abdominale. Il y aurait donc lieu d'examiner si les nombreux varicocèles qu'on a opérés

dans ces dernières années étaient tous réellement dans les conditions rigoureuses d'une opération. Nous appelons l'attention des praticiens sur cette importante question.

— Hématurie. « M. Lallemand déclare avoir guéri, par la cautérisation de la vessie, des hématuries dont quelques-unes remontaient à huit ou dix ans, qui étaient devenues continues et avaient jeté les malades dans un état de prostration extrême, accompagnée d'anémie, d'infiltration des membres, avec transparence et décoloration complète de la peau. Ces hématuries étaient entretenues à la fin par un état d'atonie, car elles diminuaient plutôt que d'augmenter par le mouvement de la voiture, etc. Cependant, elles n'avaient pas cédé aux toniques, aux astringents les plus puissants. Il a presque toujours suffi d'une seule cautérisation pour en amener la guérison, sans le secours d'aucun autre traitement. » (Rodrigues, *Traité des rétrécis. de l'urètre*)

— Application du forceps-scie de M. Vanhuevel. — Nous avons dans le temps parlé de l'ingénieux forceps-scie de M. Vanhuevel, de Bruxelles, ayant pour but de remplacer avec avantage le céphalotribe de M. Baudelocque (*Ann. de Thér.*, t. I). M. Vanhuevel vient d'appliquer avec un plein succès son instrument dans un cas extrêmement difficile, en présence des docteurs Seutin et Lequime. La femme a guéri.

— L'irrigateur du docteur Eguisier. — Nous avons vu avec intérêt fonctionner l'instrument de M. Eguisier pour les irrigations continues dans le vagin, à la matrice, dans la vessie, dans le rectum ou dans toute autre région interne où il y a indication de diriger un courant d'eau simple ou médicamenteuse. C'est un instrument extrêmement simple et commode; il se compose d'un récipient dans lequel agit un piston par l'impulsion qu'il reçoit d'un mouvement d'horloge. Le liquide jaillit à volonté, mais l'appareil agit tout seul, une fois monté au degré qu'on désire. Il y a là invention d'une utilité réelle, surtout pour les femmes atteintes de maladies chroniques du col utérin ou d'affections du vagin. Les malades peuvent s'instrumenter elles-mêmes tout en gardant la position horizontale.

TOXICOLOGIE.

Empoisonnement mortel par les cantharides chez un aliéné; *par M. Bonacossa, médecin à l'hôpital des aliénés à Turin.* — Un homme âgé de 40 ans, tempérament sanguino-lymphatique, était atteint de démence depuis deux ans, avec prédominance d'idées grandioses, paralysie générale et tremblement. Il a avalé vers sept heures et demie du matin 15 grammes (demi-once) de pâte forte, dans la composition de laquelle entraient huit grammes (deux gros) de cantharides en poudre. Un quart d'heure après, on a été averti du fait, et on a administré de suite une dose convenable de tartre stibié, mais le vomissement n'ayant pas lieu suffisamment, on a, peu de temps après, administré de l'ipécacuanha, puis de l'eau tiède. Des vomissements abondants et répétés se sont déclarés; la matière cantharidée s'est trouvée rendue mêlée et dissoute dans les liquides muco-séreux, en si grande quantité qu'on a pu croire qu'il n'en restait plus dans l'estomac. Vers les dix heures, de petites vessies se sont déclarées sur les lèvres devenues rouges; toute la muqueuse buccale était d'un rouge intense. Après le vomissement, la température externe du corps a baissé, et le pouls est devenu contracté et profond vers cinq heures. A cet état a succédé une légère réaction fébrile, avec augmentation de la chaleur et élévation du pouls, ce qui a duré pendant douze heures environ; ensuite cette réaction a diminué insensiblement et a été remplacée par un abattement progressif qui a marché jusqu'à extinction complète des forces vitales. Dix heures après l'ingestion du poison, le ventre était tympanisé; le pénis, le gland en particulier, était presque livide, mais sans érection; les urines étaient mêlées de quelques gouttes de sang. En outre, après la cessation de la réaction fébrile, les membres étaient devenus un peu rigides, et l'intelligence plus torpide qu'auparavant. Dans ces entrefaites, la stupeur et la dyspnée se sont déclarées, et le malade a traîné ainsi jusqu'à la mort, qui a eu lieu le lendemain matin à huit heures et demie. Le patient ne s'est pas plaint un seul instant pendant la succession de ces phénomènes, probablement à cause de l'état d'obtusité dans lequel sa maladie chronique l'avait réduit. Le traitement qu'on a mis en usage s'est réduit à quelques boissons mucilagineuses ou albumineuses d'aucune importance.

Nécropsie. — Le crâne est mince; sérum sanguinolent entre la dure-mère et l'arachnoïde; développement des vaisseaux des méninges, en particulier des vaisseaux veineux, soit sur le cerveau, soit sur le cervelet; ces vaisseaux étaient pleins de sang. L'arachnoïde et la pie-mère sont enflammées et épaissies partout, surtout vers la partie moyenne et inférieure du lobe cérébral moyen du côté gauche; sérum en abondance dans les anfractuosités cérébrales et les ventricules latéraux. Les substances blanches et cendrées du cerveau et du cervelet sont injectées et ramollies. — Le cœur et les poumons sont sains; l'artère pulmonaire, près de son origine, est rouge intérieurement. — L'estomac contient une partie des boissons administrées; on n'y découvre aucune trace de la poudre escarotique; la membrane muqueuse est généralement pointillée de rouge et couverte, par ci par là, de petites ecchymoses, surtout auprès du pylore et près du cardia; sur ces points seulement on découvre quelques petites parcelles de cantharides. Les intestins grêles sont distendus par une quantité considérable d'air; leur structure, au reste, est naturelle, et ils ne contiennent pas de liquides. Le gros intestin est sain. Le foie est un peu volumineux; le rein gauche est un peu ratatiné, de couleur très rouge et engorgé de sang; l'uretère correspondant est rougeâtre à sa face interne. Le rein et l'uretère du côté droit sont sains. La vessie urinaire est très épaissie, compacte, résistante; sa membrane muqueuse est injectée et rouge (*Gior delle sc. med. della Soc. med.-chir. di Torino, juin* 1844.)

Remarques du traducteur. — Les traités les plus récents de toxicologie représentent la cantharide comme un véritable tison incandescent. C'est du feu qui dévore les entrailles et qui tue par l'action excessivement irritante locale par une véritable brûlure intestinale d'après M. Orfila! Hélas! que de systèmes, que d'hypothèses enfantés par la prévention, soutenus par des hommes de laboratoire et que la plus simple observation clinique dément chaque jour! Où sont-elles donc, dans les viscères gastro-entériques de ce malheureux aliéné les escarrhes gangréneuses, les érosions dévorantes, les phlogoses foudroyantes dont on a arbitrairement doté la cantharide. A part les lésions cérébrales qui se rattachaient à sa maladie antérieure, il est évident que rien n'a été rencontré dans son estomac, dans sa vessie ni ailleurs capable de rendre raison des phénomènes toxiques qu'il a présentés. Force est donc de considérer ces phénomènes comme dépendants de l'absorption du poison. La cantharide n'agit donc pas toxiquement par son action locale, ainsi que M. Orfila l'avait supposé, car cette action a

été si faible qu'elle était incapable de produire une mort aussi prompte, mais bien par son action dynamique. Or, quelle a-t-elle été cette action ? C'est là toute la question. Pour nous qui n'avons aucune palinodie à chanter, aucun calcul d'*acquisivité*, qui étudions la science pour la science, la chose nous paraît des plus claires. Nous voyons dans la première poussée des phénomènes dynamiques un enchaînement pur et simple d'effets hyposthéniques ; l'abaissement du pouls, de la calorificité, du rhythme de toutes les fonctions a été de la dernière évidence ; puis, une sorte de réaction synergique a été opposée un instant par la force organique, avec apparence fébrile, ainsi que cela a lieu le plus souvent, mais cette réaction ne s'étant pas soutenue, les premiers symptômes ont repris le dessus, l'hyposthénie a marché, elle a été franche et progressive et elle s'est terminée par l'extinction de la vie. Le sang lui-même que le malade a rendu par les urines n'est, en réalité, que l'effet de l'affaissement extrême des vaisseaux rénaux, et cela se rencontre dans la plupart des empoisonnements hyposthéniques. Nous ne nous arrêterons pas sur ces rougeurs peu importantes qu'on a rencontrées dans la vessie, ou ailleurs, par la raison qu'elles ne sont pas, nous le répétons, la cause de la mort, qu'elles se déclarent en partie après la cessation de la vie, ou se rattachent à une certaine action locale sans importance au point de vue toxicologique. Jugez à présent de l'inanité de la médication que du haut de ses fourneaux M. Orfila a dictée dans ces occurrences. Saignez, appliquez des sangsues, donnez de l'eau de gomme, injectez de l'eau de graine de lin dans la vessie, frictionnez de l'huile camphrée sur les cuisses, etc., telles sont les sentences de ce publiciste. A quoi servent ces prescriptions si ce n'est à précipiter le malade dans une hyposthénie plus complète, à l'empoisonner une seconde fois, et à prouver que M. Orfila n'a rien compris sur ce chapitre ? N'est-ce pas un malheur que des hommes de laboratoire se mêlent aujourd'hui de questions de haute clinique que les médecins consommés sont seuls en état de comprendre ! Là en est malheureusement toute la toxicologie du jour.

Nouvel épilatoire dans la teigne, *par M. Martens, de Bruxelles.* — Le nouveau composé de M. Martens est applicable à la teigne, comme dans tout autre cas où l'on veut détruire chimiquement les tiges pilaires sans attaquer les bulbes ni la peau. Il consiste dans la sulfydrate de sulfure de calcium (sulfydrate calcique vert), obtenu en faisant absorber de l'hydrogène sulfuré, jusqu'à saturation, par une bouillie faite avec deux parties de chaux éteinte, ou hydratée sèche, et trois parties d'eau. Cette matière se présente sous la forme d'une gelée d'un bleu verdâtre, couleur qui annonce que le peu de fer contenu dans la chaux du commerce a également passé à l'état de sulfure. Il suffit d'en appliquer une couche de l'épaisseur d'une ligne sur une partie couverte de poils, telle que la barbe, pour qu'en enlevant la pâte au bout de deux à trois minutes, à l'aide d'un plioir en ivoire ou d'un linge, on trouve la peau sous-jacente parfaitement débarrassée de poils, sans que l'épiderme soit aucunement entamé ou excorié, et sans que l'individu ait éprouvé la moindre douleur (*Bull. de l'Acad. roy. de Belgique*). Cette formule est déjà connue depuis longtemps.

REVUE GÉNÉRALE.

Nouveau dissolvant de la pierre vésicale. — Le docteur Elliot Hoskins vient de lire à la société médico-chirurgicale de Londres un travail intéressant sur le moyen de dissoudre les calculs phosphatiques dans la vessie à l'aide d'injections par l'urètre avec une faible solution d'un sel plombique. Le nitro-saccharate de plomb et l'acétate de plomb sont les deux sels qui lui ont le mieux réussi. Il a essayé ces remèdes sur six malades, et chez tous il a réussi à améliorer leur état. Sous l'influence de ces injections, le mucus de la vessie est coagulé et expulsé par l'urètre ; une quantité de matière phosphatique est chassée pareillement. Les douleurs diminuent, et le malade se trouve alors dans des conditions favorables pour être lithotrité ou taillé. Dans un cas de l'hôpital Saint-Thomas, M. Solly a fait usage de la solution de M. Hoskins. Le cas était très grave, inopérable, ainsi que M. Lloyd s'en est assuré à la prière de M. Solly. Au bout de quelque temps, son état s'est beaucoup amélioré à l'aide des injections, et il a pu être heureusement taillé et guéri. MM. Solly et Lloyd se vantent beaucoup du nouveau remède qui leur paraît exercer une action sédative sur la vessie et détruire les aspérités. D'après l'auteur, il agit encore mieux sur les urates ou oxalates cimentés par du phosphate et peut s'employer avec plus d'avantages encore contre les calculs prostatiques et urétraux. M. Solly a essayé l'acide nitrique très délayé, et il en a retiré un effet plus salutaire encore (*London Méd. Gaz.*, juin 1844.) — Il est probable que ces bienfaits tiennent moins à l'action chimique du liquide sur la pierre qu'à son action hyposthénisante dynamique sur la vessie malade. Quoiqu'il en soit, comme la chose paraît réellement utile, il est bon de l'essayer. On prévoit déjà que la solution doit être plus ou moins concentrée, selon la tolérance de l'organe. On réglera cette concentration *a posteriori*.

Dent artificielle avalée, hémorrhagie, mort ; *par M. Duncan, chirurgien à l'infirmerie royale d'Édimbourg.* — Un jeune homme, ouvrier dentiste, âgé de vingt-deux ans, avait perdu deux dents par suite d'un accident ; il les avait remplacées par deux dents artificielles qu'il liait à l'ordinaire. Quelquefois, il dormait avec ses dents dans la bouche. Le 28 février dernier, en se réveillant, il n'a pas trouvé ses dents, et il sentait de la douleur à l'œsophage, avec difficulté d'avaler. Il a consulté le docteur Syme, qui, à l'aide de la sonde, a senti un corps étranger dans l'œsophage, assez bas. Le patient a été reçu à l'infirmerie. On essaie d'extraire le corps étranger, mais en vain. La douleur s'est apaisée petit à petit, et le malade est sorti le neuvième jour. Le lendemain, M. Duncan a été appelé en toute hâte. Il trouve le jeune homme dans un état désespéré : il avait vomi du sang à pleine bouche et s'était trouvé mal. Il se plaignait de faiblesse et de difficulté de respirer : face pâle, peau froide ; mais le pouls était encore assez fort. M. Duncan a présumé que ces symptômes pouvaient dépendre du déplacement du corps étranger, et il a sondé de nouveau l'œsophage ; mais à peine a-t-il baissé la langue pour faire glisser la sonde que le malade vomit une grande bouchée de sang noir, puis une autre plus grande, et il a rejeté en un instant huit à dix onces de sang, et la double dent artificielle a sauté en même temps avec le sang dans une cuvette. On s'est réjoui de ce rejet, dans l'espoir qu'il allait guérir ; mais à ce sang en a succédé d'autre, puis d'autre encore, d'apparence artérielle. Ses lèvres sont devenues livides ; son pouls a cessé de battre ; deux mouvements convulsifs, mort en un instant. A l'autopsie, M. Duncan a trouvé l'œsophage, l'esto-

mac et le duodenum pleins de sang artériel; ce sang s'élevait à quatre ou cinq kilog. (huit à dix livres). A 14 cent. (4 pouces 1/2) au-dessous de l'ouverture de la glotte, il y avait une ulcération perforante à la paroi antérieure de l'œsophage. Cette ouverture offrait trois quarts de pouce de long et trois lignes de large, se dirigeait obliquement de bas en haut et de droite à gauche. Les bords de cette ulcération sont arrondis; la muqueuse ambiante est très injectée. Une sonde, introduite par cette ouverture, est passée facilement dans l'aorte. Cette artère ayant été fendue après avoir, pendant vingt-quatre heures, trempé dans de l'alcool, a présenté un trou du diamètre d'une plume de corneille (crowquill) à un demi-pouce au-dessous de l'origine de la sous-clavière gauche. Cette ouverture était irrégulière, à bords évasés, et présentait un simple caillot adhérant inférieurement. Autour de cette ouverture, on voyait à peine une injection. Le reste de l'artère était sain (*The Nothern journal of Médecine*, n. 1, mai 1844).

— Il y a quelques années, un médecin d'Amérique avait aussi, pendant le sommeil, aspiré une dent artificielle qui s'était détachée de sa mâchoire, et elle était tombée dans les bronches. Il s'ensuivit des accidents de longue durée qui se sont terminés par des abcès chroniques dans le poumon, et la mort. A l'autopsie, on trouva la dent dans un de ces abcès. Il importe, comme on le voit, de veiller à la possibilité de cet accident et d'en prévenir les patients à l'occasion.

Opération césarienne *pratiquée deux fois avec succès sur la même femme*, par M. Mascart. — Henriette Coulon, âgée de trente-sept ans, d'une constitution grêle et nerveuse, est mère de trois enfants vigoureux qui sont nés à terme, sans l'intervention d'un accoucheur. Pendant les trois derniers mois de sa deuxième grossesse, elle éprouva dans la hanche droite des douleurs rhumatismales qui persistèrent après l'accouchement, survenu le 10 avril 1832. Six mois plus tard, l'affection rhumatismale s'aggrave et s'étend à l'épaule droite et à la région postérieure du cou. Dans les premiers jours du mois de mai 1834, la malade se soumet au conseil donné par une voisine et se plonge dans des feuilles de bouleau. A la suite de la transpiration énorme que provoque l'emploi de ce bain singulier, les douleurs se calment, et les mouvements de la jambe, du bras et du cou, qui depuis plusieurs mois, sont impossibles, deviennent libres et faciles. L'hiver de 1833 à 1834 ramène le rhumatisme, qui cette fois est général et conserve toute son intensité jusqu'au mois d'octobre 1835. A cette époque, la femme, alors enceinte de son troisième enfant, a recours à l'huile de foie de morue, qu'elle prend sans succès pendant plusieurs mois. L'accouchement se termine le 1er avril 1838. Pendant les chaleurs de l'été, les souffrances sont moins prononcées, et la malade peut s'occuper des soins du ménage. Le retour de la température froide et humide de l'automne provoque dans les articulations sacro-iliaques le développement d'une vive douleur que l'usage interne de l'huile de foie de morue combat avec efficacité. Dans le courant de l'hiver, la malade est obligée d'exécuter des travaux rudes, et, pendant qu'elle fait un effort considérable, une vive douleur, accompagnée d'un bruit analogue à celui qui résulte de la fracture d'une branche de bois, se fait sentir dans les symphyses du bassin. Transportée dans son lit, la femme veut changer de position et perçoit un frottement particulier qui se produit au détroit inférieur du bassin. Elle introduit le doigt dans le vagin, et cette exploration lui apprend que les tubérosités ischiatiques sont entièrement rapprochées. Six mois de séjour au lit, l'emploi de l'huile de foie de morue, et surtout le retour de la belle saison, procurent de l'amélioration. La malade peut marcher soutenue par des béquilles, et la mobilité des os du bassin disparaît. Toujours tourmentée par des douleurs rhumatismales, Henriette Coulon contracte une nouvelle grossesse au commencement du mois de janvier 1842; le 9 octobre, le travail de l'enfantement se déclare. Appelé en consultation par M. Delforge, je constate que les branches du pubis et de l'ischion ne sont séparées que par un espace d'un demi-pouce, et qu'elles résistent aux efforts tentés pour les écarter. Le sommet du sacrum et le coccyx sont fortement inclinés en avant, et maintenus d'une manière invariable dans cette direction vicieuse. La région sacrée est déprimée et rétrécie dans son diamètre transversal. Les trochanters et les crêtes iliaques sont moins saillants qu'à l'état normal, et semblent être enfoncés dans les parties molles. L'enfant était vivant, le col de la matrice dilaté et la poche des eaux bien formée. La malade se soumit à l'opération césarienne, que je fus chargé d'exécuter. L'incision des parois abdominales, pratiquée sur la ligne blanche, n'offrit aucune circonstance remarquable. La division de la région antérieure de la matrice fut faite par couches. Croyant que l'incision devait avoir pénétré dans la cavité du viscère, j'examinai le fond de la plaie. La vue et le toucher m'apprirent qu'il était formé par les cotylédons placentaires. La plaie de l'utérus fut agrandie au point qu'elle reçut la même étendue que la division de la peau. En ce moment, les contractions de la matrice étaient fortes et rapprochées; elles provoquèrent l'évacuation d'une énorme quantité de liquide amniotique, et quoique je n'eusse fait aucune tentative pour le décoller, le placenta vint se placer entre les lèvres de la plaie et fut extrait sans effort.

La région lombo-dorsale de l'enfant se présente à l'incision. Les bras et les épaules furent péniblement dégagés. A la tête, les difficultés devinrent plus grandes. La matrice était contractée, et les lèvres de la plaie, dont l'étendue était réduite à trois pouces, exerçaient une constriction étroite sur le cou de l'enfant. Dans cette situation embarrassante, je chargeai un aide intelligent de soutenir l'utérus, en étendant les doigts indicateurs sur les bords de l'incision. J'exerçai ensuite une traction assez forte, et je parvins enfin à terminer l'accouchement. Une mèche fut introduite dans l'angle inférieur de la plaie, qui fut réunie au moyen de la suture enchevillée. Des bandelettes agglutinatives, un linge enduit de cérat, des compresses et un bandage de corps complétèrent le pansement. Les lochies coulèrent à la fois par la plaie et par le vagin. Aucun accident ne vint entraver l'établissement de la convalescence. Le 5 novembre, l'impulsion abdominale était cicatrisée. Le 11 janvier 1843, la femme accuse un sentiment de pesanteur et de chaleur dans la cavité pelvienne; la région hypogastrique se soulève, devient dure, tendue et d'une sensibilité extrême à la moindre pression. Le 15, une ouverture se forme au côté gauche de la ligne blanche et à quatre travers de doigt au-dessus du pubis; elle laisse échapper un liquide blanchâtre, homogène, semblable, au rapport de la malade et des personnes qui l'entourent, à du pus provenant d'un abcès chaud. Le lendemain, à ma visite, les matières qui coulent par la plaie ressemblent à la sérosité rougie par le sang; elles contiennent des caillots rougeâtres, durs et résistants. Très abondant pendant le mois de janvier, l'écoulement diminue et s'arrête dans les premiers jours du mois de février. La plaie du ventre ne tarde pas à se fermer.

Le 24 juillet suivant, Henriette Coulon se présente chez moi; elle m'annonce qu'elle n'a pas été réglée depuis l'opération qu'elle a subie; que pourtant elle a ressenti, dans le

courant du mois de mars, les incommodités qui accompagnent toujours le commencement de ses grossesses, et que depuis plusieurs jours les mouvements actifs de l'enfant sont venus dissiper les doutes qu'elle concevait sur son état. Le 17 septembre, la malade ressent de la pesanteur dans le bassin. Le 20 des douleurs utérines se déclarent. Elles se calment le lendemain; mais la pesanteur continue. Le 22, la femme éprouve, en voulant se lever, une sensation qui lui fait craindre que les parois abdominales ne soient largement ouvertes On constate que le point de la ligne blanche par lequel une mèche a été introduite lors de l'opération césarienne, s'est déchiré dans l'étendue d'un pouce, et qu'il donne issue à un liquide d'une coloration légèrement citrine, et exhalant l'odeur fade et nauséabonde des eaux de l'amnios. Pendant trois semaines, les contractions de la matrice se succèdent à des intervalles plus ou moins éloignés et provoquent journellement l'évacuation, par la plaie, d'un demi-litre de liquides, qui souvent s'échappent en jet, quand la femme est couchée sur le dos. Vers le 15 octobre, une hémorrhagie se manifeste par la fistule; la perte de sang coïncide avec des douleurs intermittentes dont le siége est rapporté à la matrice. Pendant huit jours, tout écoulement cesse, et la plaie du ventre se réunit. Dans cette circonstance, des tiraillements se font sentir dans la cavité pelvienne; bientôt, la cicatrice récemment formée s'enflamme, s'ulcère et livre passage à huit ou dix onces de matières purulentes. Les jours suivants, la malade éprouve des élancements intolérables dans différents points de l'abdomen. En comprimant les parties douloureuses, il se produit un déplacement de liquide, qu'une pression méthodique fait sortir par la fistule. Avertie par la douleur, la femme exécute elle-même cette manœuvre, qu'elle répète cinq ou six fois dans la journée. Le 6 et le 7 novembre, le sang coule encore en abondance par la plaie. Le lendemain, dans la soirée, douleurs lombaires qui continuent pendant une partie de la nuit. A trois heures du matin, l'hémorrhagie et les douleurs expulsives se succèdent presque sans interruption.

Ce n'est qu'à neuf heures du matin que je suis appelé auprès de la femme. Pendant que je procède à la recherche des battements du cœur du fœtus, je reçois sur la main gauche, placée à une certaine distance de la plaie, une ondée de sang. Ce phénomène fixe mon attention. J'applique les mains sur les parties latérales de l'abdomen. Bientôt après, le fœtus s'agite, la matrice se resserre, la femme pousse des cris, et un jet de sang, du volume d'une plume à écrire, est lancé à travers le trajet fistuleux. L'épouse Coulon réclamait avec instance une seconde opération césarienne, qui fut exécutée sans retard. La délivrance étant terminée, les lèvres de l'incision abdominale se renversèrent en dehors et laissèrent à découvert une partie de la région antérieure de la matrice. Je vis à sa surface des brides membraneuses entrecroisées dans différents sens. J'explorai ensuite la cavité de l'utérus, et d'un travers de doigt en dehors de la plaie, je rencontrai une légère inégalité et un défaut de résistance qui m'annoncèrent la présence d'une ouverture par laquelle la pulpe du doigt indicateur put être ramenée dans le péritoine. Cette ouverture était oblongue, et son grand diamètre parallèle à l'incision. Pendant l'application du pansement, une syncope alarmante se déclare. La femme finit par reprendre ses sens. Satisfaite de son état, elle espère avec raison que son rétablissement est prochain. Les suites de l'opération furent en effet aussi heureuses que celles de l'accouchement le plus naturel.

— « Les observations de rétrécissement du bassin, que semble produire le rhumatisme des articulations sacro-iliaques, ne sont pas rares dans les localités où j'exerce l'art de guérir. C'est ordinairement dans une articulation peu importante que la maladie se manifeste, et presque toujours elle survient pendant les couches, et reconnaît pour cause l'impression du froid. Quelquefois la douleur rhumatismale s'étend à plusieurs articulations; plus souvent elle abandonne son siége primitif et se fait sentir dans les symphyses postérieures du bassin. Bientôt les membres inférieurs sont condamnés à une immobilité complète; et si on examine les malades dans cette circonstance, le bassin n'est pas encore déformé, mais les pièces osseuses qui le composent présentent une mobilité anormale. Abandonné à lui-même ou traité d'une manière peu méthodique, le mal fait des progrès, les os perdent leur cohésion, et produisent, en se déformant, des rétrécissements du bassin qui rendent l'enfantement, par les voies naturelles, difficile ou impossible. Chez la femme Coulon, l'affection arthritique a persisté pendant plusieurs années, sans déterminer une viciation du bassin, capable d'entraver la terminaison régulière du troisième accouchement. Les circonstances commémoratives que j'ai rapportées me font penser que, dans ce cas particulier, les ligaments sacro-iliaques se sont rompus, et qu'à la suite de leur déchirure, il y a eu rétrécissement subit des différents diamètres du bassin. L'huile de foie de morue constitue, dans les villages, un remède populaire pour combattre les douleurs rhumatismales. Les faits que j'ai observés infirment l'opinion de M. Hœbeke, qui attribue à l'usage de cette substance dans le rhumatisme pelvien des femmes enceintes, la funeste propriété de déterminer le ramollissement des os Dans la moitié des cas (trois sur six), mes malades n'ont pas pris de l'huile de poisson, et le rhumatisme, traité par d'autres moyens, a eu une durée plus longue, et le rétrécissement du détroit inférieur a été plus prompt à se produire.

« Mentionnons encore ce fait, que, chez trois femmes confiées à nos soins, la mobilité des os a continué pendant plusieurs années, et qu'elle a cédé à l'emploi des moxas appliqués sur le trajet des articulations sacro-iliaques. J'ai voulu, en présentant l'analyse des observations d'angustie pelvienne que j'ai recueillies, contribuer à réunir les matériaux que réclame l'élaboration d'un travail complet sur une maladie du bassin, qui ne me paraît pas avoir été suffisamment étudiée. La plupart des accoucheurs donnent le conseil d'inciser la matrice avant que les eaux de l'amnios ne soient écoulées. Sans vouloir tirer des conclusions générales du fait que j'ai rapporté, je crois que l'obstacle presque insurmontable qui s'est opposé à l'extraction de l'enfant pendant la première section césarienne, doit surtout être attribué à l'observation du précepte donné par les auteurs; je pense aussi que le resserrement brusque et pour ainsi dire instantané de la matrice a été la cause du décollement prématuré du placenta, et partant de la mort de l'enfant. Deux mois après la première opération, une

vaste collection purulente se forma dans le bassin. La présence de caillots dans les matières qui ont été évacuées par la plaie du ventre, autorise à supposer que la formation de l'abcès a été déterminée par l'épanchement du sang menstruel dans le péritoine. Si quelque incertitude existe sous ce rapport, la cause des phénomènes survenus pendant la dernière grossesse ne nous paraît pas douteuse. La division qui a été faite à la matrice, lors de la première opération césarienne, ne s'est pas cicatrisée dans toute son étendue ; elle a donné passage à divers fluides qui se sont épanchés dans la cavité péritonéale, et toutes les fois que ces matières n'ont pas trouvé une issue libre et facile pour s'échapper au dehors, elles ont donné lieu à de graves accidents inflammatoires. Pour en prévenir la reproduction, une forte mèche est placée, tous les jours, à l'angle inférieur de la plaie abdominale. » (Bull. de l'Acad. roy. de médec. de Belgique.

CHRONIQUE ACADÉMIQUE.

L'arsenic des terrains des cimetières. — M. Ollivier, d'Angers, est venu dernièrement à l'Académie royale de médecine demander hautement justice pour un grand homme. Voici de quoi il s'agit. En 1839, lorsque dans son entraînement arsénical, M. Orfila, grâce à son fameux pot au feu et à l'appareil de Marsh, trouvait de l'arsenic partout où il y en avait, *et même là où il n'y en avait pas*, il est arrivé que la terre de quelques cimetières de Paris, qu'il avait analysée, lui avait fourni à son tour du même métal ; et, comme M. le doyen n'hésite *jamais* devant une difficulté quelconque, il s'est de suite imaginé que cet arsenic provenait des débris des os des cadavres, puisque jusque là le prétendu arsenic normal des os était la grande découverte de l'époque qui devait immortaliser le célèbre toxicologue. De là, la conséquence que l'arsenic des terres des cimetières était et devait être inévitablement insoluble, puisqu'il était combiné à la chaux des os et de la terre. Croyez-vous qu'il a seulement eu le plus léger soupçon de la possibilité d'une exception à cette règle générale qu'il venait de tracer d'après un petit nombre de faits isolés? Pas du tout ; un savant, de la force de M. Orfila, ne s'arrête jamais à de pareilles bagatelles. De cette conclusion, aux applications de chimie légale, il n'y avait qu'un pas. M. Orfila l'a franchi d'un seul bond. Dès lors, pour lui, un cadavre qui se trouve enseveli dans un terrain arsénifère, ne peut pas recevoir d'arsenic du sol, par la raison que cet arsenic est *toujours* insoluble, mais le cadavre, s'il contient de ce métal, peut en donner au sol. Ainsi, la grande conséquence de M. Orfila était qu'il pouvait bien y avoir échange de l'arsenic du cadavre au sol, mais pas de l'arsenic du sol au cadavre. Cette question que nous avons longuement traitée dans notre brochure faite en commun avec M. Raspail, sur le procès de Dijon (affaire Mercier), n'était au fond, qu'un jeu de l'imagination de M. Orfila, car il n'avait fait aucune expérience sur des cadavres, et l'on comprend qu'avant de conclure avec quelque vraisemblance de raison, il aurait fallu avoir expérimenté sur un grand nombre de sujets placés dans des terrains différents, et dans des conditions variables de putréfaction. Interrogé par le président de la Cour d'assises de Dijon, sur la question de savoir d'où provenait cet arsenic qu'il croyait obtenir en faisant un pot au feu avec de la viande de boucherie, des carottes, des navets et du sel marin : *des os*, a répondu M. Orfila. Et celui du bouillon de la compagnie hollandaise? *Des os* aussi. Vous le voyez, ce prétendu arsenic que M. Orfila avait caractérisé d'*insoluble*, passait ensuite dans le bouillon par la simple ébullition!!! Etonnante logique qui arrange tout avec une élasticité inouïe selon les besoins des conclusions!!! Mais ce n'est pas tout; on se rappelle du fameux foie de cadavre qu'il a enseveli dans un trou du jardin du Luxembourg ; il a arrosé le terrain avec une eau arsénicale, et sur cette seule expérience, il a conclu *que le sol ne peut pas transmettre son arsenic au cadavre.* M. Devergie cependant a prouvé le contraire en répétant l'expérience avec plus de soin (*Voy. sa méd. lég.*). Outre qu'il n'est nullement prouvé que l'arsenic du sol est partout et toujours insoluble, rien n'est plus raisonnable que d'admettre qu'un composé arsénical insoluble peut devenir soluble par une infinité de circonstances que nous ignorons. Est-ce que les pyrites (sulfure de fer) qui sont insolubles dans nos vases ne se dissolvent pas dans le sol en contact des eaux courantes? N'en est-il pas de même du soufre, et de tant d'autres corps contenus dans les eaux minérales?

Dans le temps où tout cela se passait, M. Orfila ne cherchait l'arsenic que par le système de taches; et comme il a été prouvé depuis que M. Orfila s'était souvent trompé en prenant des pseudo-taches arsénicales pour de l'arsenic véritable ; comme, d'un autre côté, l'analyse des mêmes terrains sur lesquels il avait opéré n'avait pas donné d'arsenic entre les mains de MM. Flandin et Danger, tout cela était tombé dans le néant. Qu'était-ce, en effet, tous ces ineptes tripotages d'une grossière cuisine alchimistique? Expériences ridicules, raisonnements sans fondement, conclusions sans logique, applications fausses, tout était creux malheureusement depuis le trou du Luxembourg jusqu'au pot au feu de M. le doyen. Aujourd'hui, M. Ollivier se présente avec un petit bagage de deux seules expériences faites sur deux cadavres ensevelis dans un terrain arsénical, et il tire de là une confirmation des présomptions de M. Orfila. De là grand fracas dans les grands journaux politiques, comme au temps du prétendu arsenic normal! Mais d'abord, M. Ollivier est-il un chimiste assez exercé pour accepter comme incontestable le résultat de ses analyses? Ensuite, n'y a-t-il pas grande témérité de conclure d'une manière absolue que l'arsenic du sol est *toujours* insoluble, et que *jamais* ce prétendu arsenic insoluble ne peut se communiquer au cadavre? M. Orfila et ses partisans savent-ils donc ce qui se passe dans les entrailles de la terre, au milieu de cette putréfaction générale qui désorganise tout, qui métamorphose tant d'éléments divers, qui produit et des courants électriques et des torrents de calorique, des explosions de gaz et des affinités nouvelles susceptibles de décomposer des corps insolubles et d'entraîner aisément l'arsenic sous quelque forme qu'il se présente? Qu'est-ce donc ces savants qui, dans des questions de cette gravité, s'élancent dans des conclusions gigantesques sur des données sans maturité? Un ténébreux voile nous cache malheureusement tous ces mystères souterrains de la nature, et s'il est permis d'émettre une opinion raisonnable à cet égard, c'est le doute, le doute philosophique, témoignage fidèle de l'état peu avancé de nos connaissances; ce doute lui-même n'exprime dans notre faible intelligence que précisément le contraire des hardies présomptions que nous venons de combattre.

Hernie du cerveau. — Il résulte d'un travail statistique sur les plaies de tête, que les docteurs Lawrie et King de Glascow viennent de publier, dans le *Lond. and Edim. monthly journ.*, que la hernie du cerveau ne se déclare après les blessures de la voûte cranienne avec perte des os, ou après certaines opérations, qu'autant que la lésion porte sur les parties supérieures ou antérieures de la boîte. Il est rare, en effet, que ces hernies se manifestent à

la suite de brèches latérales ou postérieures de la voûte du crâne. Cette observation, que les deux auteurs ont déduite d'un nombre assez considérable de faits, ne manque pas d'un véritable intérêt au point de vue pathologique général et aussi du traitement. La dissection anatomique dans les cas de prolapsus, que MM. Lawrie et King rapportent, n'a démontré autre chose dans la portion correspondante de la pulpe cérébrale qu'une sorte de ramollissement rouge, quelquefois un abcès. Il y a désorganisation par inflammation, et la mort s'ensuit le plus souvent, quoi qu'on fasse. Sur quatorze cas de ce genre il y a eu à peine deux guérisons, les douze autres s'étant terminées par la mort.

Syphilis secondaire. — La question relative aux conditions de développement de la syphilis secondaire est loin d'être résolue, malgré les importants travaux publiés en France et ailleurs. Les uns croient pouvoir prédire avec précision qu'il y aura vérole secondaire si le chancre primitif s'indure, et ils prescrivent alors seulement un traitement spécial; les autres formulent ce traitement indistinctement à tout espèce de chancre inoculable ou primitif. On ne sait pas au juste cependant, à ce que nous croyons, si l'une de ces pratiques préserve mieux que l'autre. Le docteur Th. Spence, chirurgien attaché à un hôpital militaire, vient de publier un relevé de 367 cas de chancres primitifs qu'il a traités sans mercure dans une période de neuf années; sur ce nombre, il n'y a eu que 21 cas seulement de récidive constitutionnelle, ou de syphilis secondaire, ce qui donne une proportion de 1 sur 17; tandis que sur une quantité à peu près pareille d'individus traités primitivement par le mercure, dans un autre hôpital, les récidives ont été plus nombreuses et plus graves d'après les renseignements, peu circonstanciés à la vérité, que l'auteur a pu se procurer. Sur les 21 cas de vérole secondaire, que M. Spence a eu à traiter, 3 seulement ont offert des symptômes assez graves pour être admis à la réforme militaire. Des 18 autres, 2 ont présenté des papules, 9 des douleurs ostéocopes, 7 des iritis, 7 des ulcères à la gorge. On a prescrit le mercure jusqu'à salivation sur 3 seulement de ceux qui étaient atteints d'iritis. La salsepareille et les bains d'acide nitro-muriatique, alternés avec le mercure, ont suffi pour guérir les autres (*Lond. and Edimb. m. jour.*).

FAITS CRITIQUES.

Les hallucinations de la Gazette médicale de Paris. —Dans un de ses derniers numéros, la *Gazette médicale*, faisant allusion à un article que nous avons donné sur la compression que M. Velpeau emploie avec avantage contre les hydrarthroses, soutient que cette méthode appartient à M. J. Guérin, qui l'aurait depuis deux ans mise en usage dans les mêmes cas, et dans d'autres encore, à l'hôpital des Enfants. Nous éprouvons, nous l'avouons, un profond sentiment de pitié à la vue d'une pareille réclamation! Si le médecin de l'hôtel-garni de la Muette eût eu quelque teinture de chirurgie, il saurait que c'est là une pratique vulgaire prescrite depuis longtemps dans les livres les plus élémentaires qui traitent des hydropisies articulaires et des tumeurs d'autre nature. En la réappliquant, M. Velpeau n'a cru assurément pas s'en rendre l'inventeur, bien que le mode d'arrangement artistique des bandelettes lui soit propre. On ne peut, en vérité que plaindre un malheureux savant de la force de M. J. Guérin, qui vient s'exposer si ridiculement en spectacle!

— Les nouvelles réclames de M. Orfila. Le célèbre toxicologue se voyant laissé *procul negotiis* par les parquets des cours d'assises, vient de se mettre en campagne. « Il n'est point de ceux qui savent aider à leur propre réputation et qui ont l'art de suggérer tout bas à la renommée ce qu'ils veulent qu'elle répète tout haut avec ses cent bouches » (Fontenelle); aussi a-t-il pris lui-même la plume dans le journal politique *la Presse* et de se lancer dans une suite d'articles sur les empoisonnements. Déjà *le Constitutionnel* venait, il y a peu de jours, d'entonner la trompette au nom de M. Orfila et de deux immortels de l'Académie de médecine, derrière lesquels il se trouvait placé comme un grand-prêtre du paganisme. Les articles dans *la Presse* rappellent cette amusante légende d'un ancien restaurant du Palais-Royal : *Venite ad me omnes qui stomacho laboratis*! Il faut voir comment le doyen coupe et tranche nettement les questions; rien ne l'embarrasse, rien ne l'arrête, pas même les banalités sans fin ni les hérésies médicales les plus incroyables. Ainsi, voilà la science de M. Orfila délogée du temple qu'elle ne devrait jamais quitter pour venir s'étaler sur les tréteaux de la c.....! Nommez-le donc pair de France et la toxicologie sera sauvée!...

— La manie d'opérer. « Cette dernière partie de la chirurgie, les opérations, est un argument contre l'art de guérir; c'est un aveu tacite de son insuffisance. Elle rappelle le sauvage armé, qui s'efforce d'arracher par la violence ce que l'homme civilisé obtiendrait par adresse. Le chirurgien doit toujours approcher avec contrainte et terreur de la victime de son opération, et éviter de se laisser séduire par l'éclat populaire qui rejaillit en général des opérations douloureuses, souvent par cela seul qu'elles sont douloureuses, ou bien parce qu'elles sont une cause de grande dépense pour le malade» (Hunter, Œuvres chirurg. t. I, p. 258).

—Diplopie amaurotique.—Dans un article que M. Malgaigne vient d'insérer dans le *Journal de Chir.*, au nom de M. Neucourt, son élève, sur la diplopie essentielle, considérée comme symptôme d'amaurose, l'auteur prétend que, « dans les histoires générales de l'amaurose, on ne signale guère l'existence de la diplopie que lorsqu'il y a en même temps strabisme; » et, il cite plusieurs auteurs modernes à l'appui de sa présomption. Nous prions l'auteur de vouloir bien jeter les yeux sur les p. 623 et 634 du *Traité d'ophth.* que nous venons de publier, il y trouvera son affaire *in extenso*, dans un chap. complet sur l'amaurose. Non seulement la diplopie essentielle, mais aussi l'hémiopsie se trouvent rangées par nous au nombre des symptômes de l'amaurose commençante.

Bibliothèque du médecin praticien *ou résumé général de tous les ouvrages de clinique médicale et chirurgicale*; par une société de médecins, sous la direction du docteur Fabre, rédacteur en chef de la *Gazette des hôpitaux*. Cet ouvrage se composera de douze volumes environ, et comprendra l'ensemble des connaissances pratiques de l'art. Les deux premiers volumes sont en vente et comprennent les maladies des femmes. Prix de chaque volume : 8 f. 50 c., rue Dauphine, 22-24.

— Mémoires de chirurgie pratique, *comprenant la cataracte, l'iritis et les fractures du col du fémur*, par le docteur Pamard, chirurgien en chef des hôpitaux d'Avignon, etc., in-8° avec 4 planches. Prix : 4 fr. A Paris, chez J.-B. Baillière, libraire, rue de l'École-de-Médecine, 16.

— BICHAT. Recherches physiologiques sur la vie et la mort. Nouvelle édition ornée d'une vignette sur acier, précédée d'une notice sur la vie et les travaux de Bichat, et suivie de notes, par le docteur Cerise. Un vol. grand in-18. Prix : 3 fr. 50 c. Chez Fortin, Masson et Comp., place de l'École-de Médecine, 1.

Erratum. Dernier numéro, première page, première colonne, au bas, lisez : *minérales*, au lieu de: *thermales*.

PARIS. — IMPRIMERIE DE LACOUR ET COMP,
Rue Saint-Hyacinthe-Saint-Michel, 32.

Deuxième Année. **Ce Journal paraît le Ier de chaque mois.** **No 5. — septembre 1844.**

ANNALES DE THÉRAPEUTIQUE

MÉDICALE ET CHIRURGICALE ET DE TOXICOLOGIE.

Cette publication a pour but d'approfondir l'étude des Médicaments, des Poisons, des Eaux minérales, et de faire connaître avec exactitude la Pratique des Hôpitaux de Paris.

REVUE MENSUELLE DES HOPITAUX.

PUBLIÉES PAR

M. le Docteur ROGNETTA,

Ancien Rédacteur de la *Gazette Médicale* et de la *Gazette des Hôpitaux*.

L'abonnement est de
Pour Paris. . . 10 fr.
Pour la Province 12
Pour l'Étranger. 14

On s'abonne à Paris,
Chez
LE RÉD. EN CHEF,
Rue des Petits-Augustins, 15 bis.

« Pour moi, je crois qu'un seul homme peut embrasser toutes les parties de l'art; et, puisqu'on les a divisées, je » fais surtout cas de celui qui réunit le plus de connaissances qui le concernent. »

(Celse, liv. 7. c. 1.)

ÉTUDES SUR LES EAUX MINÉRALES.

« Les eaux minérales sont une richesse dont on doit compte à l'humanité.

» Alibert. »

Des eaux ferrugineuses au point de vue clinique.

La routine, l'aveugle routine a tellement cimenté les croyances sur les prétendues vertus toniques, excitantes, des composés de fer qu'on en a fait une sorte de dogme, transmissible de génération en génération, et l'on s'en interdit le libre examen avec la même foi que les Mahométans envers leur Koran. Tout est fait, tout est dit en matière médicale ; on ne s'arrête tout au plus qu'à quelques nouveaux enfantements plus ou moins creux des laboratoires, et l'on est prêt à froncer le sourcil si quelqu'un ose dire : examinez donc sans prévention ! Il est facile de démontrer cependant que les préceptes enseignés à l'égard des médicaments, en particulier des eaux minérales, dans les Dictionnaires les plus récents ne sont qu'une copie pure et simple des livres antérieurs, et que ceux-ci ne nous ont transmis qu'hypothèses et erreurs dans la plupart des questions de cette nature. Ecoutons MM. Mérat et Delens, avant d'arriver à des faits très circonscrits.

« Si les ferrugineux sont, disent-ils, utiles en général aux individus faibles, lymphatiques, ils veulent être favorisés dans leur administration par le concours d'un air pur, de l'insolation, de l'exercice, d'une bonne alimentation ; ils sont contre-indiqués, au contraire, chez les sujets vigoureux, pléthoriques, irritables, disposés aux congestions et aux hémorrhagies actives ; ils le sont également chez les femmes enceintes, les individus menacés de phthisie ; dans le traitement de toutes les maladies aiguës, quoique souvent utiles dans leur convalescence, des hémorrhagies actives, des engorgements chroniques des viscères, où pourtant on a vanté leur vertu apéritive, réelle sans doute quand ces engorgements, purement atoniques, ne sont pas essentiellement inflammatoires ; dans celui des hydropisies qui en dépendent, etc. »

Aux individus faibles, les ferrugineux sont indiqués, sans doute parce qu'ils fortifient ; mais comment un médicament, qui est un corps hétérogène, peut-il fortifier autrement l'économie qu'en détruisant la maladie qui est cause de la faiblesse ? Or, une faiblesse peut dépendre de maladies si diverses, d'états si opposés, que prescrire les ferrugineux à des individus faibles, sans d'autre indication, c'est agir au hasard et aux risque de nuire. Pour augmenter leur action, on ajoute l'insolation et la bonne nourriture ; mais un individu faible peut difficilement supporter ces coadjuvants ; l'insolation peut le frapper d'une méningite, par cela même qu'il est faible, et la bonne nourriture l'entraîner dans une gastro-entérite désastreuse. On veut ensuite que les ferrugineux soient contre-indiqués chez les sujets vigoureux, pléthoriques, irritables, disposés aux congestions, chez les femmes enceintes et les phthisiques ; et pourtant, un peu plus bas, on les approuve dans les engorgements chroniques des viscères, dans les hémorrhagies, dans les hydropisies et dans les convalescences des maladies aiguës ; il est vrai qu'on ajoute partout les mots *atoniques* ou *passifs* pour sauver la doctrine. Mais, est-ce sérieusement qu'on vient aujourd'hui nous parler d'engorgemens viscéraux atoniques, d'hémorrhagies et d'hydropisies passives ? Citez donc, s'il vous plaît, un seul exemple où une pareille présomption soit véritable. Aujourd'hui l'anatomie pathologique tue ces vieilles croyances ; ces préceptes portent à faux, et ils n'ont même pas le mérite d'être basés sur une observation empirique, car on peut prouver cliniquement que, dans les cas de prétendue faiblesse, où l'on prescrit les fer-

rugineux, il est des circonstances où ces médicaments sont réellement nuisibles, et que, dans ceux où on en défend l'usage, ils sont au contraire d'une grande utilité.

Pourquoi chez les sujets pléthoriques, chez les phthisiques, chez la femme enceinte, les ferrugineux seraient-ils nuisibles ? C'est le système qui le dit, c'est la routine qui l'enseigne, mais la nature répond autrement si l'on veut l'interroger sans idées préconçues. Elle apprend en effet que chez les phthisiques les préparations ferriques à haute dose sont d'un précieux secours ; nous nous en sommes dernièrement encore assuré de la manière la plus positive, ce qui ne veut pas dire qu'on guérit par là une maladie arrivée à la période d'incurabilité ; elle apprend en outre que chez les sujets pléthoriques, atteints de maladie inflammatoire, on doit d'abord compter sur les évacuations sanguines avant d'en venir aux ferrugineux. Ces moyens répondent aussi bien alors à notre attente que dans les cas de chlorose. On peut en dire autant de l'état de grossesse. Une prévention malheureuse a seule put dicter la pratique que nous combattons et priver l'art d'un précieux secours dans des cas de ce genre. Pourquoi les ferrugineux seraient-ils donc contre-indiqués chez la femme enceinte, affectée d'artérite lente, de chlorose ou d'autre maladie hypersthénique ? C'est encore là le système qui parle, et il dit que le fer tonifie, excite, congestionne. On pose précisément en fait ce qui est en question. Remontez avec nous à un siècle en arrière, et écoutez une grande autorité sur la matière :

« On voit par le goût du fer quel effet il peut produire dans ces maladies (leucophlegmatie, pâles couleurs, suppressions des règles, cachexie, hydropisies, diarrhée, diabète, hémorrhagies). Le goût du fer et de ses préparations est stiptique : il est astringent sur la langue, le palais et toutes les fibres de la bouche ; il produit une salive plus abondante qu'à l'ordinaire, et des crachats plus fréquents. C'est de là que nous pouvons juger de la manière dont le fer agit dans le corps de l'homme. Lorsque l'on prend des martiaux intérieurement, les fibres se resserrent, leur élasticité se rétablit ou s'augmente. L'humeur qui croupissait dans les interstices des fibres est chauffée ; les vaisseaux se contractent avec plus de force, broient les sucs qui se sont épaissis ; ils les rendent plus fluides, et accélèrent les mouvements de tous les sucs du corps. Le fer fait la même chose dans les fluides que dans les solides : il resserre les parties fibreuses du sang, il tire de la partie fibreuse la sérosité trop fluide, et cela pour l'avantage ou le désavantage du malade, selon l'occasion plus ou moins favorable. C'est pourquoi il faut du discernement pour reconnaître dans quelle occasion le fer convient ou ne convient pas. Dans les maladies cachectiques, comme dans la leucophlegmatie, les pâles couleurs, la suppression des règles, ou quelqu'autre maladie que ce soit, dans laquelle le sang est tenace et visqueux, le fer et ses préparations sont très utiles, car, par la vertu astringente du fer, les fibres des parties solides s'approchent les unes près des autres, et la lymphe qui croupissait dans leurs interstices est exprimée, elle est reçue dans les vaisseaux et elle rend le sang fluide. Les fibres étant ainsi desséchées et affermies, les sucs épaissis sont broyés plus vivement et la circulation des liqueurs se rétablit. (Geoffroy, *Mat. méd.* »

Qu'y a-t-il de vrai au milieu de ce tourbillon d'hypothèses créatrices de la doctrine qui domine aujourd'hui les écoles ? Rien absolument, au point de vue clinique, par la raison que tout cela est emprunté à l'action locale, à l'effet physico-chimique observé dans le laboratoire. Quelques modernes n'ont expérimenté les préparations ferriques chez l'homme bien portant que dans le but d'appuyer les prétendues vertues congestives. MM. Trousseaux et Pidoux sont de ce nombre. « Données à l'intérieur, disent ces auteurs, elles exercent sur l'homme et sur la femme en état de santé des effets peu considérables, et qui pourtant méritent d'être notés. Sous leur influence, il ne se produit immédiatement aucun effet sensible ; mais après huit ou quinze jours, il se manifeste un sentiment de plénitude, de pléthore, qui jette dans un malaise indéfinissable. La tête est lourde et douloureuse, l'intelligence moins nette, en un mot, surviennent les signes de la pléthore sanguine. Il n'y a pas de fièvres, pas d'excitation proprement dite, pas de modification dans les secrétions. Leurs effets sur l'estomac sont peu appréciables, etc. » Il y a donc malaise indéfinissable, pas d'excitation ni de fièvre, la tête est lourde, l'intelligence moins nette, et l'on appelle cela *des signes de plethore sanguine* ! Restez sans manger pendant un jour ou deux, lorsque vous êtes en bonne santé, et vous éprouverez des effets analogues. L'eau de Passy a produit sur nous les mêmes phénomènes. Ces effets disparaissent par le manger et les boissons vineuses, ce qui prouve bien qu'ils ne dépendent pas d'une congestion, car cela s'accompagnerait d'une élévation dans le pouls et dans la caloricité, ce qui n'a point lieu. Le rhythme du pouls et des fonctions en général se trouve, au contraire, au niveau du type normal dans ce cas. On sait d'autre part que constamment la tête devient lourde et l'intelligence moins nette, quand l'organisme perd de sa dose habituelle de stimulus normal, comme après une petite perte accidentelle de sang, par l'action trop vive du froid, par manque d'aliments, etc. L'interprétation de MM. Trousseaux et Pidoux n'est donc pas exacte ; elle est d'ailleurs démentie par les expériences de M. Giacomini. « Lorsqu'on prend intérieurement, dit ce praticien, quelque préparation de fer, les excréments acquièrent une couleur noire ; on ressent un vif désir d'aliments, et si on ne le satisfait pas on éprouve bientôt un malaise à l'estomac, une sensation de vide qui augmente et va jusqu'à la cardialgie. Si la dose est un peu forte, et si l'on en continue l'usage, il survient des vomissements ou bien la diarrhée....., l'affaiblissement dans le pouls et l'évanouissement. Ce résultat de l'abaissement dans le pouls, et souvent même son ralentissement, est l'effet le plus caractéristique et le plus constant de l'action du fer sur l'homme en parfaite santé. Nous avons plusieurs fois vérifié sur nous-même ces effets de l'action du fer, ainsi que sur des convalescents chez lesquels on en avait continué l'administration au-delà du besoin. Chez une jeune femme de dix-huit ans, d'un tempérament délicat et fort sensible, convalescente d'une lente artérite, le pouls, que le mal avait élevé au delà de cent battements par minute, avait été réduit par le sulfate de

fer à quarante-deux; aussi a-t-on dû en suspendre l'usage. Une fois ce fait bien établi, nous serons en droit de nous étonner que les auteurs qui s'occupent de matière médicale s'accordent à assurer que le fer augmente la force et la fréquence du pouls, et conséquemment la chaleur animale ; qu'il ranime la couleur de la peau ; qu'il agit, en un mot, à l'instar des hypersthénisants, au point de provoquer des phlogoses et la fièvre. Dans notre opinion, cette croyance est complétement fausse. » Un peu plus loin, M. Giacomini ajoute : « Les personnes qui seraient désireuses de constater la vérité des faits que je viens d'avancer, n'auront qu'à prendre elles-mêmes 1 gram. (20 gr.) de carbonate de fer, après avoir préalablement exploré l'état de leur pouls : peu de temps après, si le pouls ne présente aucun changement, on prendra une seconde dose du même sel, et puis, s'il le faut, une troisième. On verra que, même avant cette dernière dose, le pouls se trouve déjà affaibli et ralenti ; la peau est devenue plus pâle, et l'expérimentateur accuse des frissons, une faiblesse générale et du tremblement dans les membres. On s'assurera par ces résultats que le fer ne corrobore point l'homme qui jouit d'une bonne santé, qu'il n'échauffe point, qu'il n'accélère pas la circulation ; mais, qu'au contraire, il affaiblit positivement l'organisme. »

Un journal de Paris vient de dire que : « M. Rognetta appartient à une école qui croit voir des propriétés contro-stimulantes dans la plupart des médicaments connus. » Nous acceptons cet honneur bien que nous nous soyons formé à l'école de Paris ; cependant nous devons répondre à notre savant Aristarque qui affecte des airs hippocratiques, que l'école italienne *ne croit pas*, elle *démontre* ; tant pis pour ceux qui ne veulent pas voir ! Que nous importe à nous que le fer soit plutôt tonique, excitant, congestif, comme vous le voulez, que contro-stimulant, hyposthénisant ou autre chose ? Ce que nous voulons, nous, c'est le libre examen, c'est l'appréciation rigoureuse des faits d'après l'état actuel des connaissances, et que vous rejettez comme superflue. Il y a, comme on le voit, cette différence entre notre manière de voir et celle de nos adversaires : c'est qu'ils croient que la science relative aux médicaments, et aux eaux minérales en particulier, est toute faite, tandis que, selon nous, elle est encore à faire. On affecte un certain air de positivisme alors qu'on ne se laisse conduire que par des idées préconçues ou systématiques. Croit-on réellement qu'il soit possible de résumer l'action des ferrugineux dans les assertions suivantes ? « Leur action la plus marquée, celle de laquelle paraissent dériver tous les bons effets qu'ils produisent lorsqu'on les donne à dose convenable dans les cas où ils sont réellement indiqués, c'est celle qu'ils exercent sur les fonctions assimilatrices dont ils semblent particulièment rétablir l'intégrité et augmenter l'énergie. » (Mérat et Delens.) Les effets constitutionnels que nous venons de signaler chez l'homme bien portant ne donnent-ils pas un démenti formel à une pareille doctrine? D'ailleurs, il est complétement inexact de dire que le fer rétablit directement les fonctions digestives ; ce rétablissement n'a lieu qu'après que la maladie qui s'opposait aux fonctions normales a été détruite ; c'est là un effet secondaire qui est commun à tous les médicaments heureusement employés. Est-ce que la saignée, les bains simples, les purgatifs, etc., ne produisent-ils pas le même effet assez souvent ?

« Une femme âgée de cinquante ans, était atteinte d'une anasarque ; sa constitution était molle et délicate ; elle effrayait par l'intumescence cellullaire de tous ses membres ; son visage était pâle et bouffi. Je lui faisais administrer l'oxide de fer, connu sous le nom d *æthiops martial,* dans de la conserve de rose ; et, après une abondante évacuation par les selles et les voies urinaires, la malade se trouvait constamment soulagée. Elle se soutint ainsi par l'heureux secours de ce remède dont elle interrompait l'emploi par intervalles, pour ne point annuler son action, en s'y habituant ; mais enfin, après trois années, elle succomba par l'état de faiblesse qu'amène nécessairement un long usage de préparations pharmaceutiques. Il semble donc que le fer puisse jouir, dans quelques circonstances, de la faculté de ranimer pour ainsi dire, l'absorption, en ranimant la contractilité fibrillaire des vaisseaux lymphatiques » (Alibert, Mat. méd.). Il y a évidemment de tout dans cette observation. Qu'on vienne dire à présent qu'on ne fait pas de théorie, qu'on s'en tient aux seules observations matérielles! Il est manifeste au contraire que ce qui a égaré les opinions dans la question des ferrugineux ce sont précisement les fausses théories, les doctrines absurdes qu'on a adoptées sans examen et que les thérapeutistes modernes professent encore eux-mêmes leur insu.

Prenons maintenant l'une après l'autre les maladies dans lesquelles les composés ferrugineux et les eaux chalybées en particulier sont administrées avec avantage, et voyons quelle est leur véritable valeur respective. Et d'abord, la chlorose, puisque c'est là la maladie la plus commune qu'on invoque à chaque instant dans la question des ferrugineux. Dernièrement M. Forget de Strasbourg, écrivant contre nous dans la *Gazette des Hôpitaux*, disait : Pour soutenir la prétendue vertue hyposthénisante du fer vous êtes obligé de faire de la chlorose une artérite. — Nous retorquons l'argument de notre confrère et nous disons à M Forget : Et vous aussi, pour soutenir la prétendue vertu tonique du fer vous êtes obligé de faire de la chlorose une maladie adynamique, une sorte de fantôme niché dans le sang! Il s'agit donc de savoir qui de nous est dans le vrai.

Ce qui constitue essentiellement la chlorose n'est assurément pas la pâleur ni l'altération du sang qu'on croit avoir constatées. La pâleur est un caractère commun à une foule de maladies générales de longue durée, surtout chez les sujets jeunes. On est pâle parce qu'on est malade, l'on est faible parce que les organes ne fonctionnent pas normalement. La véritable cause de la pâleur chlorotique n'est pas dans la blancheur du

sang, car, dans la première période de cette maladie le sang est en excès, il est chargé de matière colorante, les veines sont pleines et bleues, et les artères battent vivement. Si vous saignez, vous trouverez le sang très fibrineux, très coloré; assez souvent même il est couënneux ainsi que M. Giacomini s'en est assuré. Il y a six mois environ nous avons soigné une jeune personne de Nogent, près de Paris, d'une chlorose des plus prononcées, datant de dix huit mois; sa pâleur était telle que son visage semblait de cire, tandis qu'elle était naturellement brune. On l'avait sursaturée de fer et elle prenait encore du chocolat ferrugineux; ses parents venaient de la marier depuis quinze jours. Lui ayant trouvé le pouls vibrant et raide, avec des maux de tête, nous lui avons pratiqué une petite saignée du bras, ce qui l'a soulagée; nous avons rouvert la veine huit jours après, le sang était non seulement noir, chargé en fibrine, mais aussi couënneux comme celui des phthisiques. La pâleur ne dépendait donc pas de la blancheur du sang, et il en est toujours ainsi.

Que le vulgaire attribue la pâleur à cette cause, cela se conçoit, mais que les médecins adoptent une pareille croyance on peut s'en étonner. Ce qui prouve d'ailleurs que ce symptôme ne se rattache pas à l'état du sang c'est que les jeunes personnes chlorotiques éprouvent souvent des bouffées de chaleur et de rougeurs à la face, et des épistaxis d'un sang parfaitement coloré. Il faut donc chercher ailleurs que dans l'état du sang la cause du phénomène. Il est impossible de ne pas reconnaître dans la pâleur chlorotique un état pathologique des capillaires cutanés. La circulation périphérique est manifestement en suspend; le sang n'aborde que difficilement les capillaires extrêmes; ces vaisseaux paraissent contractés spasmodiquement comme dans la colère ou dans l'effroi; le sang ne ne les pénètre pas; ils se trouvent accidentellement en un mot comme ceux de la conjonctive oculaire, qui ne donnent pas passage à assez de sang pour colorer les tissus; de là, pâleur progressive, en raison de cette contraction. Il suit de ces remarques que le caractère physique le plus saillant de la chlorose se rattache véritablement à une condition dynamique particulière au système capillaire périphérique. Nous ne voulons pas encore caractériser cette condition, nous n'y tenons même pas si on le désire, mais nous croyons en avoir assez dit pour détruire l'erreur où l'on est généralement de croire que la pâleur chlorotique tient à un état anémique du sang, à la diminution des globules rouges et de la fibrine, et à l'excès du sérum.

Sans doute que dans une période avancée de la maladie, le sang qui est un produit de sécrétion ou d'élaboration des organes doit lui-même ressentir les conséquences de l'état constitutionnel, mais c'est là un effet secondaire commun à toutes les maladies, et qu'on ne peut prendre pour point de départ de la chlorose. Nous venons déjà de faire remarquer que dans les premiers temps de la chlorose la mieux prononcée, le sang s'offre dans des conditions de richesse et de couleur, comme dans les maladies à fond d'excitation. Qu'on y dirige maintenant le microscope ou les réactifs chimiques, cela ne change rien à nos yeux. Ces épreuves sont aussi dérisoires que toutes celles que les chimistes ont faites dans leurs laboratoires sur l'action des médicaments et des poisons. Il est facile d'ailleurs de s'en convaincre en jetant un coup-d'œil sur les contradictions nombreuses qui ressortent des publications des micrographes et des chimistes à ce sujet. Nous avons assisté nous-mêmes à ces sortes de recherches microscopiques et chimiques, tendant à prouver la prétendue pauvreté du sang des chlorotiques, et nous devons déclarer que rien n'est plus illusoire, nous allions dire plus burlesque que tout cela. Quand il s'agit de corps organiques aussi complexes que le sang, les chimistes trouvent tout ce qu'ils veulent, et les micrographes tout ce que vous désirez. Dernièrement M. Gerdy a donné à un jeune chimiste très exercé, des hydatides extraits d'un kyste du poignet à analyser; on y a trouvé de *tout*, excepté de la fibrine. Dans le nombre des éléments, on comptait aussi des *globules du sang*. Comment les globules du sang pouvaient-ils se trouver sans la fibrine, puisque, à l'état vivant, le sang forme un tout indivisible? L'objection a déconcerté la formule du laboratoire. On a enfin fini par déclarer que les globules n'avaient été notés que d'après l'inspection microscopique, ce qui veut dire qu'on a pu se tromper en prenant des globules d'autre espèce pour celles du sang.

Il en est de tout cela comme des résultantes astronomiques : si vous n'y croyez pas, allez vérifier. Les médecins baissent la tête devant la chimie, parce qu'ils s'imaginent que la chimie est infaillible; ils oublient apparemment comment les chimistes procèdent, quand il s'agit surtout d'analyser des substances organiques; ils opèrent des réactions, puis ils concluent par induction. C'est exactement ce que nous autres nous faisons dans le diagnostic de beaucoup de maladies. L'infaillibilité n'est donc pas plus grande dans un cas que dans l'autre, et l'on a lieu de s'étonner du peu de méfiance des médecins, alors que les exemples d'erreur se rencontrent à chaque pas. L'année dernière, deux chimistes de renom, préparateurs depuis 25 ans, des cours de la Sorbonne, ont analysé l'eau de Vichy, telle qu'elle vient à Paris, dans des cruchons vernis; ils y ont trouvé du plomb, et ont donné un certificat en règle; les chimistes de l'Institut cependant, qui ont analysé la même eau, n'y ont pas trouvé un seul atôme de plomb : les premiers s'étaient donc trompés! Evidemment la médecine ne peut baser ses indications sur de pareils résultats; malheureusement cependant, on voit, de nos jours, de grandes notabilités de l'enseignement prêter l'appui de leur autorité à des doctrines aussi éphémères. Aussi croyons-nous nécessaire d'envisager cette question sous toutes ses faces.

Laissons de côté les théories, et arrivons aux faits plus directs. En donnant du fer aux chlorotiques, on voit leurs lèvres et leur peau se colorer, l'appétit et les forces reparaître, les organes, en un mot, repren-

dre leurs fonctions. Vous le voyez, dit-on, le fer colore le sang et la maladie disparaît; voilà des faits irrécusables qui valent mieux que vos théories! C'est là justement que nous voulions en venir. Que le fer guérisse la maladie, on ne peut en douter; voilà le fait matériel établi depuis l'antiquité; maintenant, qu'il la guérit en colorant le sang ou autrement, voilà la question, voilà la théorie qu'il s'agit d'examiner. La chose est tellement reçue comme vraie en France, qu'on ne se doute même pas qu'il s'agit là d'une simple hypothèse empruntée au laboratoire. Parce qu'on a vu que les composés de fer coloraient l'eau dans nos vases, que les oxides ferriques étaient plus ou moins rougeâtres, on s'est imaginé qu'introduits dans la circulation, ils coloraient pareillement le sang, remplaçaient ses globules, et rétablissaient ainsi la santé! Quoi! vous donnez de l'eau ferrugineuse naturelle, *parfaitement blanche*, et vous dites que vous colorez le sang en rouge? Singulier raisonnement! Si vous croyez que telle est l'indication à remplir, donnez donc aux chlorotiques des carottes, de la betterave, des infusions de bois de teinture, du vin rouge, etc., à la place du fer! D'un autre côté, s'il était vrai que tel fût le rôle du fer dans ces occurrences, il faudrait, pour colorer la masse du sang, des doses considérables; or il suffit de quelques verres d'eau minérale pour produire une amélioration notable; ces verres d'eau ne contiennent qu'une faible quantité de sulfate de fer, incapable par conséquent de produire l'effet chimique supposé! Au reste, ce qui prouve jusqu'à l'évidence la fausseté de la doctrine en discussion, c'est que la chlorose peut se guérir parfaitement sans fer. Il n'est pas d'année, en effet, que des guérisons de ce genre ne soient obtenues à presque toutes les sources thermales salines, sulfo-alcalines ou d'autre espèce. L'on obtient également la guérison en remplaçant le fer par d'autres hyposthénisants vasculaires, diversement combinés. On s'obstine à ne voir qu'une action colorante dans le fer, parce que cela est commode, et parce que l'esprit se trouve aisément satisfait en présence du retour de la circulation capillaire périsphérique et de l'hypothèse relative aux globules. Pour peu qu'on veuille cependant réfléchir aux observations qui précèdent, on doit en reconnaître l'inanité, car, nous le répétons, il est faux que la pâleur tient à la blancheur du sang, il est faux que la maladie réside dans le sang, il est faux que le fer colore le sang, il est faux enfin que la guérison tient à cette coloration. On a malheureusement confondu partout l'effet avec la cause, pris le résultat de la maladie pour la maladie elle-même, et l'action secondaire du médicament pour son action intrinsèque, et cela à cause de ce malheureux système de médecine chimique qui se fortifie partout, qui en impose aux jeunes gens comme aux maîtres, dans une époque où la thérapeutique est réduite presque à des prescriptions négatives, à une expectation méditative de la mort. Que sont-elles donc devenues les propriétés dynamiques des composés ferriques que nous venons d'étudier expérimentalement? Comment ces propriétés si constantes chez l'homme bien portant et dans des maladies autres que la chlorose, s'effaceraient-elles dans les organes des chlorotiques? Est-ce que quand le fer guérit l'aménorrhée et la dysménorrhée, l'hydropisie et les névralgies, la paralysie et les hémorrhagies, etc., n'agit-il également qu'en colorant le sang? C'est là ce qu'il s'agit d'examiner. Il s'agit de savoir d'abord quelle est la véritable condition dynamique de la chlorose et le rôle que les ferrugineux jouent dans son traitement. Nous reprendrons ce sujet dans le prochain numéro.

DOCUMENTS HYDROLOGIQUES.

Les eaux d'Ems. — Les journaux politiques ont parlé dernièrement de deux grands personnages de France, dont un ministre, qui venaient de partir pour les eaux d'Ems, tandis que d'autres se dirigeaient à d'autres sources. Plusieurs de nos abonnés de Paris nous ont écrit pour nous demander des renseignements sur les propriétés des eaux d'Ems; le traité d'Alibert, ni le Dict. de MM. Merat et Delens n'en faisant aucune mention. Bien que nous devions plus tard revenir sur ces sources lorsque nous donnerons des monographies pour chaque eau minérale, nous abordons, dès aujourd'hui, les détails relatifs à cette localité. Disons d'abord, qu'au point de vue médical, la prescription en France des eaux d'Ems est une absurdité, car ces eaux sont bien inférieures à ce qu'on possède dans le même genre sur le sol français. Les eaux d'Ems, en effet, ne sont que des eaux thermales, gazeuses, et alcalines à un titre moyen; or, qu'est-ce ces eaux en comparaison de celles de Vichy et d'Hauterive, de Vesse et de Cusset? Ce sont évidemment des eaux bien inférieures en richesse minérale, et en propriétés thérapeutiques, ainsi qu'on va le voir. Saint-Nectaire et Pougues sont elles-mêmes supérieures à Ems, comme eaux gazeuses et alcalines; mais on sait que pour les hommes politiques les sources minérales ne sont souvent qu'un lieu de rendez-vous où l'on remplit des missions diplomatiques. Il se peut donc que la prescription médicale ne joue là qu'un rôle très secondaire.

Ems est un joli village du duché de Nassau, bâti sur les bords de la Lahn, vers le lieu où celle-ci se jette dans le Rhin, et entouré de montagnes assez escarpées. Cette disposition fait que les vents y dominent peu, et la chaleur y est très concentrée en été. De sorte, que les baigneurs y étouffent pendant les mois de juillet et août; mais par cela même qu'on est à l'abri du froid, la saison des eaux est prolongée jusqu'à la fin d'octobre, et l'on se trouve très bien vers les deux derniers mois. Ces dispositions géologiques, au reste, n'offrent d'autre promenade que celle de grimper sur les collines, ce qui est fatiguant, mais, grâce aux compagnies d'ânes établies aux portes de l'établissement, l'on va où l'on veut sous l'égide de ces mentors. Depuis quelques années, au surplus, ce pays qui est très près de la ville de Nassau, s'est beaucoup embelli, le duc y ayant fait des dépenses considérables; il y a bâti de belles maisons; des hôtels garnis confortables ont été ouverts, et les étrangers y sont bien accueillis. Le nombre des sources minérales est considérable depuis le sommet de la montagne, le Baberberg, jusqu'aux deux rives de la Lahn. Dans le lit même de cette rivière jaillit une source minérale, dont on voit les courants de gaz venir à la surface former de grosses bulles. Parmi ces sources, il y en a quatorze qui ont été analysées; leur température

est variable, de 22 à 55° centig. La plupart sont affectées à l'usage des bains; deux seules, le Kesselbrunnen et le Kranchenbrunnen, sont destinées à la boisson. Il en est une troisième découverte dernièrement, et que les buveurs préfèrent plus particulièrement. Les éléments dominants de ces eaux sont le bi-carbonate de soude, le sel marin, et le gaz acide carbonique. Il est très probable qu'elles contiennent aussi de l'iode et du brôme. D'après l'analyse dernière, faite par Kastner, chaque pinte du Kranchenbrunnen contient un gramme et demi (31 1/2 grains) de substances solides, tandis que, d'après l'analyse de Struve, ces principes ne s'élèvent qu'à un gramme, dont moitié bi-carbonate de soude. Ainsi, qu'on adopte l'une ou l'autre analyse, il ne s'agit, comme on le voit, que d'une eau légère, comme celle de Seltz ou Selters; avec cette différence que cette dernière est froide, et contient, par conséquent, plus de gaz acide carbonique. La quantité de gaz contenu dans chaque pinte du Kesselbrunnen, est évaluée par M. Kastner, à 12, 45 pouces cubes; tandis que celle du Kranchenbrunnen, s'élève à 17, 45 pouces cubes. La première de ces sources offre une température de 30° centig., tandis que la seconde en présente 45° centig.

Ems est considéré comme le Vichy de l'Allemagne. Le monde qui y afflue chaque année de toutes les parties d'Europe est considérable. La variété de ses températures à chaque fontaine permet de faire des mélanges à volonté; et comme l'eau est légère, nous voulons dire peu minéralisée, on la prend pure et toujours sans inconvénient; tandis qu'à nos plus fortes sources alcalines on est obligé de la mélanger avec de l'eau commune. Par cela même qu'elle est légère elle est bien tolérée, même des sujets faibles et des enfants; aussi Ems s'est-il fait une réputation pour les maladies des femmes et des enfants. On s'imagine que la tolérance tient à ses propriétés intrinsèques, tandis qu'elle se rattache réellement à une propriété négative. Rien n'est plus facile que d'y ramener les eaux de Vichy, d'Hauterive, de Pougue, etc., en y ajoutant beaucoup d'eau douce. Les notions précédentes font déjà pressentir dans quels cas les eaux d'Ems peuvent être favorables. Tout ce que nous avons dit des eaux alcalines ou gazeuses acidules, dans le t. 1er de ce journal, s'applique sans exception aux sources en question. Or, nous croyons avoir prouvé que le principe d'action était l'hyposthénisation vasculaire; de là une infinité d'applications plus ou moins heureuses à des maladies à fond d'excitation de toute l'économie, et des viscères abdominaux en particulier. Aussi voit-on à Ems tour à tour se soulager ou guérir les rhumatisants et les goutteux, les graveleux et les dyspeptiques, les catarrheux et les hémoptoïques, les ictériques et l'hémorrhoïdaire, les fleurs blanches et les aménorrhées, la blénorrhée et les hypochondries, la chorée et la dyssenterie, etc. Tout cela se rattache à une seule et même action et n'a rien d'exagéré. Le docteur Diel, médecin inspecteur des bains d'Ems depuis trente ans, a constaté la réalité des faits que nous venons d'énoncer. Le docteur Doring a publié dernièrement un ouvrage important sur ces sources (*Ems mit seinen naturlich-warmen heilguellen und umbebungen*), auquel nous avons emprunté une partie des détails précédents; il voudrait qu'on prît à Ems les eaux en hiver comme au printemps, en automne comme en été, ainsi que cela se pratique à quelques sources de l'Angleterre; mais cet usage n'a pu encore être goûté; nous avons eu plus d'une fois l'occasion de relever l'importance de cette pratique; c'est aux médecins qu'il faut d'abord la faire comprendre; malheureusement on n'étudie presque pas l'hydrologie médicale en France; le sujet en vaut bien la peine néanmoins.

— Salubrité des eaux de rivière. Il résulte de quelques analyses récentes, auxquelles vient de se livrer la Société pharmaceutique de Londres, que les eaux de beaucoup de rivières, en particulier celles qui émanent d'un sol marneux, contiennent une certaine proportion de fer. L'analyse que M. Marchand a faite des eaux des rivières de Valmont et de Gangaville, qui se déchargent à la mer près Fécamp, a accusé en effet la présence du fer. La marne contient un protoxide de fer soluble dans les acides faibles, et comme l'eau de source qui la traverse renferme du gaz acide carbonique, cela suffit pour s'approprier le fer. On comprend cependant que plus on s'éloigne de la source plus le composé métallique est délayé, affaibli. On l'a retrouvé jusqu'à la distance de 15 kilom. de la source. A une pareille condition se rattache la salubrité de ces eaux sur les êtres organisés qu'elles abreuvent. Il y a sans doute d'autres sels en dissolution dans la masse, et l'on s'imagine qu'en les enlevant par des mesures appropriées on obtiendrait la meilleure eau potable possible. Nous ne soutiendrons pas le paradoxe que la digestivité d'une eau soit en raison de la présence des corps salins *dissous* dans sa masse, mais nous posons en fait qu'un homme bien portant qui ne boirait que de l'eau distillée, aérée ou non, ferait de mauvaises digestions. La présence d'une certaine quantité de sels, qu'on rencontre dans les eaux limpides des rivières, telles que la nature nous les présente, loin de nuire aux fonctions de l'organisme est au contraire un élément de salubrité. Nous salons nos aliments pour les digérer facilement. Ne trouvez-vous pas des sels analogues dans le vin, dans les eaux minérales, dans certains fruits, dans le vieux fromage, dans plusieurs légumes, etc., etc. Les habitants de Paris boivent l'eau de la Seine et ils ne s'en trouvent pas mal, malgré la quantité énorme de sels qu'elle charrie et auxquels on attribue, à tort peut-être, l'espèce de dévoiement qu'éprouvent beaucoup d'étrangers nouvellement installés à la capitale. On peut en dire autant de presque toutes les eaux des grandes villes pourvues de rivières, excepté Londres cependant. L'eau de la Tamise est trop impure pour être bue, elle contient énormément de chaux et d'ammoniaque. Les compagnies de Londres qui fournissent la ville (waters companies) retirent leur eau de puits très profonds, ils la déversent dans de grands bassins où ils l'agitent au grand air pour l'aérer et l'adoucir (to soften). Cette manœuvre dégage en effet le gaz acide carbonique et fait précipiter la chaux. L'eau de rivière subit par son mouvement naturel une pareille préparation, et d'une manière bien plus complète. On aura, au reste, une idée des éléments si divers qui entrent dans les eaux des rivières par les analyses de M. Marchand sur les eaux de Valmont et de Gangaville. En voici les détails dans ce tableau.

		Valmont.	Gangaville.
Acide carbonique libre	gram.	q. indét.	q. indét.
Matière organique	»		
Chlorure de potassium	»	0,00000	traces.
— de sodium	»	0,02596	8,02481
— de magnésium	»	0,00000	0,00255
— de calcium	»	traces.	0,00000
Nitrate de chaux	»	0,00319	0,00708
Sulfate de chaux	»	0,00355	0,00206
— de potasse	»	traces.	traces.
Carbonate de magnésie	»	traces.	0,00000
— de chaux	»	0.20290	0,19630
» d'ammonique	»	0,00199	0,00414
Sesquioxide de fer et d'alumine	»	0,00093	0,00105
Silice	»	0,01079	0,01210
		0,24922	0,24939

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

—

Remarques pratiques sur le spina bifida, *par M. Prescott-Hewett, conservateur du muséum de l'hôpital Saint-Georges, à Londres* (1).

Un enfant bien développé, âgé de cinq mois, a été reçu à l'hôpital Saint-Georges, dans le service de M. Tatum, pour un spida bifida à la région sacrée. La tumeur offrait le volume d'un œuf de poule, était transparente, la peau qui la couvrait était à l'état normal, excepté à son sommet où elle se montrait légèrement décolorée. Les membres inférieurs n'étaient pas paralysés, le rectum et la vessie fonctionnaient normalement. L'enfant présentait en même tems des symptômes d'hydrocéphale à un faible degré. M. Tatum a ponctionné la tumeur à l'aide d'une aiguille cannelée et en a retiré 60 grammes (deux onces) de liquide diaphane; une compresse et une bande ont comprimé légèrement la poche ensuite. L'enfant n'a pas paru souffrir après cette opération qu'on a répétée quelques jours après; la tête a paru moins volumineuse. Bientôt après cependant des convulsions se sont déclarées et se sont continuées par intervalles pendant plusieurs jours; le volume de la tête a augmenté, la tumeur s'est enflammée et ses parois se sont épaissies. On a répété encore la ponction et l'on a obtenu un liquide sanguinolent. Trois jours plus tard, fièvre intense avec coma et une éruption dermique miliaire; mort. — *Autopsie:* La tête présente toutes les apparences ordinaires de l'hydrocephalie; du liquide existe dans les ventricules du cerveau. La tumeur hydrorachique occupe toute la face postérieure du sacrum (l'auteur en donne la figure). Les apophyses épineuses et les lames des vertèbres sacrées manquent complètement. Les parois de la tumeur sont épaissies, la peau en est coriace sur quelques points; on ne voit cependant aucune marque d'inflammation sur la moelle ni sur ses membranes. La cavité de la tumeur est cloisonnée par l'extrémité du cordon de la moelle et des nerfs qui en emanent. La moelle et ses nerfs sortent du canal spinal par la partie supérieure de l'ouverture, traversent la poche morbide et se rendent à sa parois postérieure où ils se fixent solidement après s'être épanouis sous forme de membrane. De ce point partent les branches antérieures des quatre premières paires de nerfs sacrés, se convertissent en cordons distincts et forment de grosses houppes vers leur trous sacrés antérieurs, par où ils passent à l'ordinaire pour venir former les plexus sacrés. L'extrémité de la moelle et les filamens de la branche antérieure du premier nerf sacré étaient si intimement unis avec le sac qu'il a été impossible de les en séparer, mais vers le sacrum ils étaient éloignés entre-eux d'une ligne environ. Les deux nerfs sacrés inférieurs et antérieurs ne passent pas à travers la cavité du sac. Tous les nerfs sacrés postérieurs se perdent dans les parois de la tumeur. Le liquide avait existé évidemment entre l'arachnoïde et la pie-mère, la membrane séreuse médullaire était largement séparées de la moelle et de ses nerfs dans toute l'étendue du canal; mais à l'endroit où elle communiquait par une ouverture avec le sac, l'arachnoïde de la moelle se prolongeait au dehors avec la séreuse de la tumeur jusque sur le collet de celle-ci, où elle était si intimement adhérente qu'il était impossible de l'en séparer. Les parois du sac étaient ainsi formés par deux couches de l'arachnoïde, par la dure-mère et la peau; ces tissus adhéraient fortement entre-eux et étaient épaissis. Les adhérances de la moelle et des nerfs avec les parois du sac je les ai représentés dans un dessein.

En 1843, j'ai été appelé pour un enfant âgé de huit mois, affecté de spina bifida. La tumeur, du volume d'un gros œuf de dinde existait à la région lombaire. La peau était à l'état naturel, excepté à son sommet qui offrait l'apparence d'une membrane mince, avec quelques gros vaisseaux finement injectés; pas de paralysie aux membres inférieurs; le rectum et la vessie fonctionnent bien. La tête avait acquis un grand développement depuis quelque tems et contenait évidemment une grande quantité de liquide. Pour tout traitement on s'est contenté de contenir la tumeur à l'aide d'une bande. Le mal a augmenté par degrés, la peau s'est enflammée et a crevé vers le centre de la tumeur, celle-ci a suppuré abondamment et l'enfant est mort. A l'autopsie nous avons trouvé que l'ouverture qui communiquait avec le canal spinal résultait de l'absance des lames du côté droit des vertèbres lombaires moyennes; les lames du côté gauche des apophyses épineuses étaient bien développées. Quelques filamens appartenant aux nerfs spinaux postérieurs traversent la cavité du sac et se rendent à sa paroi postérieure où ils se perdent. Le sac est un peu épaissi vers son col, et sa membrane interne présente des traces évidentes d'inflammation.

En mars 1844, j'ai été appelé avec le docteur Page pour un garçon âgé de 17 ans, affecté de spina bifida. La tumeur avait fait des progrès avec l'âge de l'enfant et offrait le volume de la tête d'un homme adulte; elle occupait toute la région postérieure du sacrum; la peau présente les conditions de l'état normal, mais la tumeur est transparente dans toute son étendue. Le jeune homme paraissait d'une constitution délicate, et depuis peu il venait d'essuyer une attaque d'*influenza* (bronchite) qui l'avait beaucoup affaibli. Il remuait librement les membres inférieurs, et quelque tems avant sa bronchite il avait pu faire quatre milles à pieds sans se fatiguer. Il se plaignait d'un sentiment de chaleur vive (burning) le long de la partie postérieure des deux cuisses jusqu'aux plantes des pieds toutes les fois que sa tumeur était heurtée. Depuis sa naissance il n'avait jamais pu retenir ses urines, il les rendait goutte à goutte involontairement, et il n'avait qu'un léger empire sur son sphincter anal. La tête était bien conformée, sans volume excessif; pas de

(1) *Lond. Méd. Gaz. juillet* 1844.

céphalalgie. La pression sur la tumeur ne produisait aucun effet ni sur le cerveau ni sur la tumeur elle-même. Les parens s'étaient aperçus de la grosseur peu de tems après la naissance; un chirurgien qu'ils avaient consulté leur avait conseillé de n'y rien faire et d'abandonner la tumeur à la nature tant que l'enfant serait en bonne santé et qu'il ne se plaindrait de souffrir dans la partie. L'enfant avait été élevé avec d'autres enfans, mais il n'avait pas jusqu'à ces derniers tems pris part à leur jeux dans la crainte de blesser la tumeur.

Dans le même mois (mars 1844), j'ai visité avec le docteur Walshe une jeune femme, âgée de 25 ans, portant un spina bifida au sacrum. La patiente paraissait avoir une constitution délicate, mais elle jouissait, au reste, d'une excellente santé. La tumeur, du volume de la tête d'enfant, était restée stationnaire pendant les premières années de la vie; elle occupait précisement le milieu de la région postérieure du sacrum. Le sac, plein de liquide, était fort dense et épais; la peau qui le couvrait paraissait épaisse et coriace, mais le point le plus saillant de la tumeur était escorié dans l'étendue d'un schelling, avec des bords durs et élevés. Sur un autre point du kyste, on voyait une volumineuse excroissance offrant toutes les apparences des verrues et des cicatrices. La base de la tumeur était large et paraissait entourée d'un bord épais et élevé. Les membres inférieurs étaient parfaitement libres, et la patiente n'éprouvait aucun mauvais effet quand on frappait ou on pressait la grosseur. Quand elle s'asseyait, elle ne pouvait retenir ses urines, mais elle les retenait lorsqu'elle marchait. Le sphincter anal était sous l'empire de la volonté; les intestins étaient généralement constipés. Cette femme pouvait se livrer à de rudes travaux, et elle avait toujours joui d'une excellente santé. Elle s'était habituée à la présence de la tumeur, et elle n'en était que fort peu incommodée. Lorsqu'on s'était aperçu de la maladie, la grosseur était petite et réductible par la pression. M. William Blizzard, que les parents avaient consulté, avait prescrit un bandage legèrement compressif. Ce bandage avait été abandonné depuis quelques années par la raison que le volume de la tumeur n'augmentait plus.

— Le spina bifida peut, comme on sait, se déclarer à la face antérieure comme à la face postérieure de la colonne vertébrale; mais il s'observe le plus ordinairement à la face postérieure de la région sacro-lombaire. On explique la formation de cette maladie par un arrêt de développement des tissus osseux. M. Cruveilhier l'attribue, dans quelques cas, à des adhérences qui se seraient établies entre les téguments externes et les enveloppes de la moëlle, avant que le tissu cartilagineux des lames fût formé. Par suite de ces adhérences, la moëlle serait retenue en dehors du canal, ce qui empêche les lames de la région correspondante de se former. L'adhérence existe, en effet, généralement entre la moëlle ou ses nerfs et les parois du sac; et c'est là un sujet de la plus grande importance au point de vue du traitement. Néanmoins on trouve dans les auteurs quelques cas dans lesquels aucune adhérence n'a été rencontrée entre la moëlle ou les nerfs et les parois du sac, ces parties ayant présenté leur direction habituelle le long du canal spinal; mais dans le plus grand nombre des cas, l'adhérence existe, et elle offre plusieurs variétés. Sur vingt préparations de spina bifida de la région sacro-lombaire que j'ai sous les yeux, je n'en trouve qu'une seule dans laquelle les nerfs n'offrent pas d'adhérence avec les parois du sac. Quant au mode de cette adhérence elle-même, il m'a paru qu'on peut établir les deux règles générales suivantes : 1° Si la tumeur correspond aux deux ou trois vertèbres lombaires supérieures seulement, le cordon de la moëlle se dévie très rarement de sa direction naturelle, et les nerfs spinaux postérieurs sont généralement les seules branches qui ont des liaisons avec le sac; 2° Si la tumeur occupe, en partie, la région lombaire, et en partie la région sacrée, le cordon de la moëlle et ses nerfs se trouvent adhérer intimement au sac. M. Cruveilhier croit, d'après ses dissections, que l'adhérence est constante dans ces cas. Plusieurs raisons ont été données pour cette connexion de la moëlle avec la tumeur qui existe sur le sacrum. Morgagni en a fait le sujet d'une longue discussion (Epist. 12). La véritable cause me paraît résider dans ce fait : que la maladie se forme pendant les premiers mois de la vie fœtale, lorsque le cordon de la moëlle est dans le canal sacré. On peut voir relativement aux différents modes d'adhérence de la moëlle et des nerfs avec le sac, l'ouvrage de M. Staffort (*Treatise on the spine*).

Dans le plus grand nombre des cas, le liquide se rencontre dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien; l'arachnoïde médullaire est plus ou moins éloignée de la moëlle et de ses nerfs. Dans quelques cas rares seulement, le liquide se trouve épanché dans la cavité de l'arachnoïde. Cette différence dans la situation du liquide explique, je crois, quelques variétés relatives aux connections de la moëlle ou des nerfs avec le sac. Il ne faut pas oublier, au reste, que dans le plus grand nombre de cas, la maladie prend naissance dans les premiers temps de la vie fœtale. Si le liquide est épanché dans la cavité de l'arachnoïde, avant la formation des adhérences entre les deux couches de la séreuse, aucun nerf ne se trouvera adhérer avec le sac, car le liquide s'accumulant dans un point où il ne rencontre pas de résistance, tombe en arrière vers l'épine, où il y a absence de tissu osseux, et refoule en même temps le cordon médullaire et les nerfs vers le corps des vertèbres, où ils gardent leur position naturelle. Dans les cas où l'on a trouvé la moëlle et les nerfs transverser la cavité de la tumeur, le liquide avait été, je pense, épanché dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien, après que des adhérences partielles s'étaient déjà formées entre la moëlle, les nerfs et les deux couches de l'arachnoïde à la partie postérieure. Les membranes ayant été consécutivement poussées par l'accumulation du liquide, sont venues faire saillie du côté où il n'y avait pas de résistance, ont entraîné la moëlle et les nerfs;

les branches antérieures ayant déjà traversé leurs trous, se sont trouvées former des intersections à la cavité de la tumeur elle-même. Si la moëlle et les nerfs se trouvent étalés sur la paroi postérieure du sac sans traverser sa cavité, le liquide s'est épanché dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien, après que des adhérences étendues et solides s'étaient déjà formées entre la moëlle, les nerfs et les deux couches de l'arachnoïde avec la surface postérieure. Ces parties ainsi réunies ont été consécutivement forcées à passer de dedans en dehors par l'accumulation du liquide qui, dans ces cas, a lieu nécessairement avant que la moëlle et les nerfs antérieurs viennent le long des parois du sac atteindre leurs trous naturels. Si les nerfs spinaux antérieurs adhèrent à la tumeur, on trouvera nécessairement des branches qui vont du sac à leurs trous respectifs, qu'ils traversent toujours pour aller former les plexus; mais si quelques nerfs spinaux postérieurs sont seuls hors de leur place, ils se perdent dans les parois du sac ou dans ses alentours. La paralysie plus ou moins grande des membres inférieurs chez les sujets atteints de spina bifida dépend généralement de la connection du sac avec la moëlle et les nerfs; dans quelques cas, ces parties ont été trouvées ramollies et pulpeuses; dans d'autres, désorganisées plus ou moins par la compression. La science possède plusieurs cas de spina-bifida sur des sujets qui ont vécu jusqu'à un âge adulte. Les parois du sac, dans ces cas, étaient généralement épaissies et fermes, et la tumeur était devenue stationnaire, comme dans notre quatrième observation; mais dans le troisième fait, on a dû remarquer que la tumeur, du volume d'une tête, d'adulte, avait acquis un grand développement depuis peu, et ses parois, au lieu de s'épaissir, s'étaient amincies, avaient acquis de la transparence, et l'enfant était en danger au moindre choc. On a dû remarquer en outre, que dans plusieurs de ces cas, il y avait plus ou moins de paralysie, soit du sphincter de la vessie, soit du rectum, soit des deux, malgré que les membres inférieurs fussent bien développés, et leurs mouvements parfaitement libres.

Les remarques précédentes trouvent une application immédiate dans le traitement radical du spina bifida. Il résulte d'abord des préparations que j'ai examinées, qu'il est très difficile et hasardeux d'enlever la tumeur, soit à l'aide de la ligature, soit au moyen du bistouri. Je ne pense pas du tout que cette conséquence soit le moins du monde infirmée par les observations que M. Dubourg a publiées dans la *Gazette médicale de Paris*, en 1841. Ce médecin a traité trois enfants : l'un, à l'aide de la ligature sur la tumeur; l'enfant mourut deux jours après; les deux autres, à l'aide du bistouri, et il a réuni la plaie par une suture à bec-de-lièvre; ils ont guéri; mais ce résultat n'est pas assez encourageant, à mes yeux, pour autoriser d'autres à suivre une pratique aussi hasardée; car, à part la gravité de l'ouverture, qui met à découvert le canal vertébral, le fait de l'adhérence si ordinaire des nerfs à la paroi du sac, et de l'adhérence de la moëlle à la même paroi, circonstance presque constante, lorsque la tumeur siège sur le sacrum, rend la médication extrêmement dangereuse. Dans un des cas de M. Dubourg, la tumeur existait aux lombes; dans l'autre, elle régnait à la partie inférieure de la colonne cervicale. Le sac ayant été examiné après l'ouverture, n'a pas offert de liaison avec les nerfs. Plusieurs auteurs ont cité des cas de guérison à l'aide de la méthode adoptée par sir A. Cooper; mais dans cette méthode, il est deux points qu'on n'a pas suffisamment considérés : 1° le lieu de la ponction. La tumeur ne devrait jamais être ponctionnée dans la direction de la ligne médiane, surtout lorsqu'elle existe vers la région sacrée; car dans cette direction, on rencontre le plus souvent le cordon de la moëlle et les nerfs qui adhèrent à la paroi antérieure. Cette ponction ne devrait donc être pratiquée que vers la partie latérale et inférieure, pour diminuer les chances de blesser les parties indiquées. 2° L'instrument de la ponction. On ne devrait, pour cette ponction, se servir que d'une aiguille cannelée ou d'un très petit troisquarts, la lancette dont on fait usage étant déjà trop large et pouvant léser des parties importantes.

DU CHLORURE D'OR.

Dans un moment où les préparations aurifères semblent reprendre quelque faveur dans le traitement des affections cancroïdes (*V.* n° dernier), nous croyons utile de jeter un coup d'œil rapide sur nos richesses scientifiques à cet égard. Nous étant pendant plus d'une année, occupé incessamment de l'étude électro-chimique et pharmacologique de l'or, nous sommes arrivé à des conclusions bien autrement différentes de celles que Geoffroy avait exprimées en ces termes : « Ce métal, dit-il, qui est le plus noble et le plus précieux de tous, est aussi le plus inutile dans la médecine, si ce n'est qu'il est l'antidote de la pauvreté » (*Mat. méd.*, t. I, p. 543). Nous avons mangé de l'or métal et des composés auriques en quantité; nous en avons administré à un assez grand nombre de malades pour pouvoir affirmer que l'on peut compter aussi sûrement sur l'action de quelques-uns de ces composés que sur celle d'autres préparations métalliques énergiques, telles que les iodées, par exemple, les mercurielles, les potassiques, etc. Il s'agit seulement de savoir d'abord ce qu'on veut faire ou obtenir, car on trouve sur ce point une confusion inextricable.

Il est curieux de voir, avant tout, comment les modernes se sont laissés entraîner dans la croyance que l'or était un médicament tonique, excitant, inflammant, incendiaire (*voyez* Mérat et Delens, Galtier et tous les Dict.). Ils ont reçu cette sentence des mains des alchimistes, comme les prêtres de saint Janvier ont reçu la fiole du sang miraculeux des mains des païens. Les alchimistes eux-mêmes n'ont renchéri sur cette croyance que par la présomption où ils étaient que l'or était un corps composé de soufre et de terre fortement cimentés; et comme le soufre était pour

eux l'âme de la nature émané du soleil, qui ranime tout, qui produit des explosions, etc. (or fulminant, poudre à canon), ils en ont conclu que l'or était le premier des excitants. Ce point d'histoire est vraiment piquant. Citons les paroles de Geoffroy: « Autrefois, les Grecs ne connaissaient pas, dit-il, l'usage de l'or dans la médecine. Les Arabes sont les premiers qui en aient recommandé la vertu; ils l'ont mêlé dans leurs compositions réduit en feuilles. Ils croient que l'or fortifie le cœur, ranime les esprits et réjouit l'âme; c'est pourquoi ils assurent qu'il est utile pour la mélancolie, les tremblements et la palpitation du cœur. Les chimistes ajoutent de plus que l'or contient un soufre fixe le plus puissant, lequel étant incorruptible, si on le prend intérieurement et s'il est mêlé avec le sang, il le préserve de toute corruption, et il rétablit et ranime la nature de la même manière que le soleil, qui est la source intarissable de ce soufre, fait revivre toute la nature » (*L. c.*). De là l'origine du mot *solaire*, que l'on a appliqué généralement à toutes les préparations auriques, et qu'on trouve encore dans une foule de formules (le mot *sol*, *solaris* y est synonyme d'*aurum*). De là aussi l'indication d'administrer l'or contre les fièvres graves, etc. On voit bien que les anciens retiraient leurs indications *a priori*, précisément comme le fait de nos jours M. Orfila à l'égard des poisons; c'est exactement le même système de présomptions arbitraires. Ce qui étonne, c'est que les médecins aient accepté toute cette fange d'hypothèses et de rouille comme de l'or pur.

Hippocrate ne mentionne l'or comme remède qu'à propos des eaux minérales, qui en contiennent. Nous ne connaissons pas de nos jours d'eaux minérales dorées. On trouve cependant dans l'histoire médicale de l'or l'usage d'une eau dorée artificielle, préparée comme l'eau ferrée, c'est-à-dire en y éteignant un lingot d'or incandescent, ce qui ne devait rien produire, l'or n'étant pas directement oxidable. On la prescrivait comme une eau cordiale! Dans des temps postérieurs, on s'est avisé d'administrer l'or en feuilles très fines, ce qui devait être tout aussi inutile, car ces feuilles passent inaltérées dans les garderobes. Cette prescription n'est arrivée jusqu'à notre époque que comme moyen mécanique. On se sert, en effet, des feuilles d'or pour envelopper les pilules, pour couvrir les gerçures du sein, pour faire des obturateurs, etc. A. Paré raconte qu'un chirurgien de son temps, pour panser les grandes plaies à la tête, avec perte des os, faisait faire, au compte du blessé, une lame en or qu'il plaçait sous les téguments pour boucher la brèche; par la suite, il la mettait dans sa poche, à l'insu de tout le monde, et le malade croyait avoir conservé son obturateur sous la cicatrice. Le meilleur emploi qu'on fait de nos jours des feuilles d'or en médecine, c'est de les coller à la figure des variolés, comme moyen préventif ou abortif des boutons. On préserve ainsi, non seulement de la difformité, mais aussi de l'atteinte de la vue, car les boutons ne se développent aucunement ni sur la figure, ni sur les paupières, ni sur les yeux. Ce remède, d'une efficacité réelle, a été importé en France par Larrey; nous l'avons cependant trouvé formellement prescrit dans des ouvrages imprimés vers la moitié du dix-huitième siècle. Les expériences répétées dans ces derniers temps ont donné des résultats incontestables. En couvrant de feuilles d'or une moitié de la figure seulement, cette partie reste parfaitement lisse, tandis que les boutons se développent sur l'autre moitié. On sait que l'emplâtre de *vigo cum mercurio*, ainsi que le camphre, délayé dans du jaune d'œuf, produisent le même effet. Il est vraisemblable que l'or, étalé ainsi sur une grande surface animée, chaude, transpirante, exerce sur la peau une action dynamique hyposthénisante, qui empêche le travail inflammatoire des boutons de se déclarer ou de marcher.

Comme remèdes internes, les préparations aurifères ne doivent être acceptées qu'autant qu'elles sont solubles. Autrement, on ne sait pas ce que l'on fait, car le médicament n'est alors que faiblement et inégalement absorbé. Aussi, regardons-nous comme mauvaises les préparations tant prônées par quelques personnes de nos jours, et que d'autres ont trouvées complétement inefficaces; nous voulons parler de la limaille, des oxides et du cyanure d'or. Nous avons avalé de la limaille d'or dans du miel par pincées, sans effet notable, sauf quelques coliques. On lui attribue cependant de grandes vertus contre la syphilis secondaire et la scrofule, contre plusieurs dermatoses opiniâtres et comme excitant général. Frottez-la tant que vous voudrez sur la langue, contre les joues ou les gencives; ce n'est pas un remède pour nous. Les oxides se trouvent à peu près dans le même cas, à moins d'être donnés intérieurement à de très fortes doses. Les cures qu'on a cru avoir obtenues à l'aide de quelques doses fractionnées de ces composés sont toutes contestables à nos yeux. Croirait-on qu'on a donné ces substances innocentes par milligrammes, alors qu'il fallait procéder par grammes? Qu'est-ce donc que cette ridicule administration par frictions de quantités infinitésimales d'une poudre insoluble sur la langue? Aussi, quelques praticiens ont-ils eu raison de dire qu'une pareille médication n'a eu d'autre effet que de noircir les dents (Double). On a vu pareillement, de nos jours, des personnes peu versées dans les études de matière médicale annoncer la puissance de faire venir le règles à des femmes hors d'âge, à l'aide du cyanure d'or suspendu dans de l'alcool; double ineptie, et comme formule et comme résultat. Des annonces avaient été faites au dix-huitième siècle avec des teintures d'or dites universelles ou philosophales, et qui devaient faire sortir toutes les maladies par la peau. Geoffroy dit, au sujet de ces annonces, que ces personnes troquaient généreusement leur belle teinture d'or pour un vil argent solide! Nous n'excluons ni les sulfures d'or ni l'or fulminant (aurate d'ammoniaque) de cette réprobation générale. Quand on veut prescrire le cyanure d'or, on ne s'arrête pas à la forme insoluble pour donner une poudre suspendue dans de l'alcool, ce qui est un contresens; on a plutôt recours au chlorure soluble, et l'on y ajoute un cyanure de potassium également soluble, d'après la formule que nous indiquerons tout à l'heure. On ne doit, selon nous, tous les mécomptes qui ont jeté dans le discrédit les composés auriques qu'au mauvais choix qu'on en avait fait.

Nous appelons aujourd'hui l'attention des praticiens sur le perchlorure ou deuto-chlorure d'or, la seule, parmi les préparations solubles de ce métal, qui nous paraît digne de confiance, et par son énergie réelle et par sa facile administration. On l'appelle communément chlorure, muriate, hydrochlorate d'or. Cette préparation sert d'ailleurs de type et d'intermédiaire aux autres, car elle est la plus facile à obtenir directement par la solution de l'or dans l'eau régale, et l'on agit ensuite sur elle pour la convertir, soit en oxide, soit en sulfure, soit en cyanure, soit en or fulminant.

Il est même impossible, dans l'état actuel des connaissances, de faire autrement, par la raison que l'or n'est attaquable directement que par le chlore, son dissolvant véritable, ou par l'acide hydrochlonitrique (eau régale) et par l'acide hydriodique ioduré. On obtient l'oxide en décomposant le chlorure, soit avec de la potasse, soit avec la magnésie. On a le sulfure en opérant avec le gaz sulfhydrique, etc. Rien n'est plus facile, au reste, que de préparer soi-même le chlorure d'or. Dans les nombreuses expériences que nous avons faites (1,500 environ), nous avons opéré sur une grande échelle; chaque bain chloruré comprenait 15 grammes (demi-once) d'or laminé. Les feuilles d'or étaient introduites dans un petit matras de verre et couvertes d'acide hydrochloronitrique (deux parties d'acide hydrochlorique et une partie d'acide azotique, à peu près); le matras était mis sur le feu, et la solution de l'or était accomplie en une demi-heure environ. On laissait alors la liqueur en ébullition pendant trois heures, et l'on ajoutait de l'eau à mesure que l'acide s'évaporait, jusqu'à ce que la liqueur devenait neutre. Sa composition est de 65,18 d'or, et 32,82 de chlore. Préparé de la sorte, le prix du chlorure d'or ne s'élève pas au-delà de 2 fr. le gramme. Les pharmaciens le comptent à un prix exorbitant. M. Berzelius comptait probablement sans eux, quand il écrivait les lignes suivantes: « Il est remarquable, dit-il, que l'emploi de l'or coûte moins que celui du mercure, parce qu'on administre le premier à des doses très faibles. » Les fabricants de produits chimiques le délivrent à raison de 3 fr. le gramme. Leur chlorure est en masses et ressemble beaucoup à la cire jaune; il est acide. Pour le rendre neutre, on le dissout dans l'eau, et on le fait bouillir à petit feu pendant deux heures environ. Cette solution aqueuse est d'un beau jaune doré et diaphane. On peut l'employer par gouttes dans un peu d'eau plusieurs fois par jour, et régler la quantité de manière à donner 5 à 10 centig. de chlorure et au-delà par vingt-quatre heures. Cette solution est très énergique, et elle ne se décompose pas, si l'on a la précaution de maintenir la fiole enveloppée dans du papier noir. Nous conservons encore de ces solutions depuis plus d'un an à l'abri de la lumière, et elles sont parfaitement intactes. On peut ajouter considérablement à l'action du chlorure d'or, en mêlant sa solution à un solutum très léger de cyanure de potassium, ou mieux de cyano-ferrure de potassium, qui est bien meilleur marché. On laisse refroidir le mélange, qui est trouble, à cause de la présence du fer, et l'on filtre, ce qui donne une liqueur d'un beau jaune diaphane. On aura ainsi le véritable bain des doreurs à la pile. On peut compter pour les doses, 5 centig. (un grain) de chacun des deux sels, dans une centaine de grammes d'eau (3 à 4 onces) pour chaque jour. Si l'on veut ne se mêler que de la seule prescription, on formulera de la manière suivante: P. perchlorure d'or, parfaitement neutre, 5 centig.; cyanure de potassium pur, 5 centig. Dissolvez séparément dans 60 grammes d'eau distillée, et mêlez les deux liqueurs; à prendre une cuillérée à soupe toutes les heures. Il importe de ne pas mêler la liqueur à une tisane quelconque, par la raison que les substances organiques décomposent aisément le chlorure d'or. Nous ne pensons pas, au surplus, que l'on doive préférer au chlorure simple le sel double de chlorure d'or et de sodium comme moins altérable. Ce composé est nécessairement beaucoup plus faible que le sel aurique simple. Nous venons d'ailleurs de prouver que quand la solution du chlorure d'or est bien faite, elle se conserve parfaitement.

Il résulte pour nous des nombreux faits que nous avons recueillis, et qu'il serait trop long de reproduire ici, que le chlorure d'or est comme la plupart des autres sels métalliques, un excellent hyposthénisant vasculaire. A ce titre, il provoque aisément des secrétions (urines, sueurs, gardes-robes, règles menstruelles), s'il est donné à dose convenable. Son action élective exige de nouvelles observations pour être bien fixée; elle nous paraît cependant porter plus particulièrement sur le système lymphatique, ce qui placerait le chlorure sur la même ligne que les composés iodés et mercuriels, et l'iodure de potassium; nous le croyons cependant plus actif. Nous le répétons néanmoins, de nouvelles études cliniques sont nécessaires avant de fixer définitivement les idées à cet égard. Nous pensons qu'on peut le prescrire dans tous les cas de maladies chroniques où l'on a l'habitude d'administrer ces mêmes remèdes, en particulier dans les affections cancroïdes. En cas de phénomènes de sursaturation, reconnaissables à la petitesse du pouls, à l'abattement général, aux sueurs froides, à la pâleur, aux défaillances, aux allucinations (ce qui est commun au reste à presque tous les sels métalliques pris en excès), on aura recours à des boissons alcooliques, à l'eau de canelle et à l'opium, jusqu'au moment d'une réaction franche. Localement on l'applique avantageusement comme un léger caustique, à l'instar du nitrate acide de mercure. Pour cela il faut rendre le chlorure plus ou moins acide, en le dissolvant dans de l'eau régale en excès. M. Récamier dissolvait le chlorure d'or dans une énorme quantité d'eau régale (30 centig. pour 30 grammes), ce qui rend nulle l'action de l'or. M. Legrand fait dissoudre directement une partie d'or dans quatre parties d'acide hydrochloronitrique, et qu'on fait bouillir lentement jusqu'à solution parfaite. Ce solutum est préférable. On peut augmenter la proportion de l'or et diminuer celle de l'acide, et aussi l'affaiblir à volonté en ajoutant de l'eau, etc., selon l'effet qu'on veut produire.

Liniment strychniné. On emploie depuis quelques temps en Angleterre contre l'amaurose la strychnine sous forme de liniment qu'on frictionne aux tempes. On fait dissoudre la strychnine à la dose de deux grammes (demi gros) dans 45 grammes (une once et demie) d'huile d'olive. On en prescrit dix gouttes pour chaque friction, trois fois par jour. Il est utile d'appliquer un cataplasme par dessus pour favoriser l'absorption.

DOCUMENTS DIVERS.

Gale. — On est inondé de formules contre la gale. Presque toutes ont l'inconvénient de prendre le soufre pour élément principal. Nous disons que c'est là un inconvénient car l'odeur que les frictions laissent à la peau accuse de suite la maladie aux personnes qui s'approchent du patient, et l'on n'aime pas être regardé comme galeux, alors même qu'on l'est. Aujourd'hui qu'on sait que la gale n'est qu'une maladie locale, on peut avoir recours à tout corps *acaricide* pour la guérir, et s'affranchir ainsi des composés sulfureux. On recommande la pommade suivante comme ayant fait ses preuves.—P. racine d'hellebore blanc en poudre 60 grammes (deux onces); savon noir 25 à 30 grammes (une once); eau chaude q. s. pour réduire le tout à consistance de sirop. On frictionne avec ce composé toutes les parties couvertes de boutons, une fois par jour. Après la seconde, la troisième, la quatrième friction, les parties frottées deviennent rouges, le patient y accuse de la chaleur provoquée par le médicament, mais le prurit galeux a cessé. On donne alors un ou deux bains simples, dans les quels le patient se frictionne encore avec du savon noir. S'il paraît de nouveaux boutons galeux , on les poursuit de la même manière. La guérison est prompte, et il n'y a pas de récidive si l'on a la précaution de changer de linge.

— De la diète prolongée chez la femme enceinte. Dans un article qu'un accoucheur de Manchester, M. Charles Clay, vient de publier sous ce titre, l'auteur arrive à cette conclusion : que la diète chez la mère, quelque prolongée qu'elle soit, n'influe en rien sur le volume de l'enfant. On croirait à *priori* qu'en ne nourrissant qu'à peine les femmes dont le bassin est étroit on pourrait par cet expédient obtenir un fœtus chétif, petit, et prévenir ainsi les difficultés de l'accouchement. Il n'en est rien. D'après les observations de M. Clay la nourriture de la mère n'a pas d'influence sur le développement du fœtus; au contraire même, les femmes soumises à ces conditions par maladie ou par une mesure préventive ont malgré leur faiblesse extrême, présenté un fœtus plus gros que dans les grossesses précédentes où elles s'étaient bien nourries. L'enfant cependant tire sa nourriture du sang de la mère, et cette nourriture semble devoir être en raison de la richesse du sang lui-même. M. Clay fait remarquer d'après les observations qu'il a recueillies que cette richesse du sang paraît ne profiter qu'à l'organisme de la mère seulement. La conséquence de tout cela, c'est d'une part, qu'on espérerait en vain de la diète l'effet en question; et de l'autre qu'il ne faut pas croire qu'une diète sévère, qui serait reclamée par une maladie chez la mère, influerait directement sur la santé du fœtus. L'auteur cite des cas de femmes phthisiques au dernier degré, avec des cavernes dans le poumon, qui n'ont vécu que de lait pendant leur grossesse, qui étaient extrêmement faibles en accouchant, qui sont même mortes aussitôt après, et qui pourtant ont fait de magnifiques enfants; tandis que des femmes puissantes, très-bien nourries, n'ont donné souvent que des enfants chétifs (Médical Times, 6 juillet).

— Ophthalmologie. Dans un article intéressant que le docteur de Haldat, physicien distingué, vient d'insérer dans les *Annales d'Oculistique*, sur le mécanisme de la vision, l'auteur arrive à cette conclusion : que la partie essentiellement chargée de la formation de l'image dans l'œil est le cristallin. Il croit prouver cette thèse à l'aide d'expériences ingénieuses exécutées sur des yeux d'animaux avec un instrument de son invention dont il donne la figure. La cornée et l'humeur aqueuse sont regardées par M. de Haldat comme un simple menisque collecteur et légérement convergent des rayons, mais entièrement étrangers à la formation de l'image; l'iris est un simple modérateur des rayons; le cristallin est tout, par sa qualité de lentille à fort foyer; mais le concours du corps vitré lui est indispensable pour traduire l'image à la rétine, car le foyer du cristallin est en deçà de l'écran rétinien. Sur des yeux de porc , il a coupé la cornée et laissé le cristallin en place, et l'image s'est faite pareillement; mais la lentille enlevée l'image disparaît, etc,. Ainsi, d'après M. de Haldat tout le jeu de la partie physique de l'œil est dans le cristallin , c'est là que l'image s'organise, et c'est ce qui constitue selon lui la *suprematie de la lentille* comme organe créateur de l'image. Comme preuve a *posteriori*, l'auteur cite l'impossibilité de voir sans une lentille artificielle à fort foyer après l'opération de la cataracte. Oh! c'est là justement que nous attendions M. de Haldat. Tant que les physiciens et les chimistes qui s'occupent de sujets liés à l'organisme vivant restent dans les limites de leur matière inorganique ils font merveilles, mais à peine s'avançent-ils dans le domaine de l'autre règne que leur science est frappée d'hétérodoxie par les forces spéciales qui régissent la matière vivante, et qui tiennent en respect celles de la physique morte et de la chimie brute. Ce qui prouve que ce n'est pas seulement le cristallin qui forme l'image, c'est qu'aussitôt qu'on a extrait ou abaissé la cataracte le malade s'écrie : *je vous vois, je vois votre figure, etc.* Par la suite, l'opéré s'habitue à voir assez bien sans lunettes. J'en ai eu encore la preuve il y a peu de jours sur un jeune avocat de Paris, que j'ai opéré il y a six mois et qui est venu me voir avec son médecin, le docteur Yvan ; il voit bien et il lit sans lunettes , mais il voit mieux à la vérité avec une lentille. Toujours est-il que si le cristallin exerce sans doute un grand rôle dans la fonction il n'est pas aussi absolu que M. de Haldat voudrait l'établir. Les physiciens oublient malheureusement que l'œil est une appendice, un prolongement du cerveau, une sorte d'encéphale en miniature et dont les fonctions ne peuvent être isolées par quelques notions empruntées aux lois de la matière inanimée. Il a là évidemment une fonction mixte dont les élémens véritables échappent à la physique, tout comme ceux de la pensée se dérobent au scalpel anatomique.

— Vérole. « La vérole est plus dangereuse dans les pays froids que dans les pays chauds. Un Espagnol va et vient dans le Pérou avec un degré de vérole qui ferait périr un Danois, malgré les meilleurs médicaments. » (Zimmermann, Traité de l'Exp. liv. 2. ch. 2.)

— Syphilis secondaire. Fabrice de Hilden traitait les ulcères syphilitiques de la gorge, qui comme on sait sont le plus rebelle des phénomènes secondaires, à l'aide d'une solution aqueuse d'arsenic. Voici sa formule : « J'ai coutume, dit-il , de mettre sur ces sortes d'ulcères malins et vénériens qui sont en la bouche, avec grand succès, de l'eau d'arsenic ainsi préparée. P. arsenic blanc en poudre fine, deux grammes (demi gros); eau de roses, de plantin et de scabieuse 60 grammes (deux onces). Je mets le tout dans une fiole assez grande que je laisse 24 heures sur le sable ou sur les cendres chaudes, puis donnant un plus grand feu, et ouvrant la fiole, je fais bouillir un quart d'heure durant le sable et la fiole, puis étant refroidis je fais passer cette eau à travers un linge, et trempant un pinceau dedans j'en touche légérement les ulcères » (OEuvres chir. trad. par Bonnet, liv. 6. p, 54). Cette solution peut être considérée comme un puissant hyposthénisant capable de modifier heureusement certains ulcères phagédéniques, quelle que soit la région qu'ils occupent, et qui font si souvent échouer nos ressources ordinaires.

CLINIQUES CHIRURGICALES.

REMARQUES GÉNÉRALES.

Un fait constant, dans les services de chirurgie des hôpitaux, c'est que les *maladies dominantes* sont généralement à fond dynamique, nous voulons dire développées spontanément sous l'influence de causes le plus souvent inconnues, mais avec des altérations plus ou moins appréciables dans les forces organiques. Les lésions traumatiques ne figurent que sur un chiffre bien inférieur, même en y comprenant les fractures, mais ces lésions deviennent elles-mêmes une source de réactions vitales, qui sont la cause de tant d'accidents que l'art s'efforce sans cesse à combattre. Il en résulte que la chirurgie a le plus souvent besoin de secours dynamiques pour assurer le succès de ses opérations manuelles. En présence de ce fait capital, n'est-il pas regrettable de ne pas trouver dans tous les services la même prépondérance dans ce genre de ressources qui donne à l'art tant de puissance, et à la chirurgie le plus beau titre de suprématie parmi toutes les sciences? C'est aussi ce qui distingue les services de quelques jeunes chirurgiens, et ce qui jette tant d'éclat à la clinique du vétéran de l'hôpital de la Pitié. Il est un très grand nombre de cas où, faute de cette habileté dans le maniement des remèdes dynamiques le chirurgien reste simple spectateur de ravages que l'art aurait pu conjurer. Un homme de cinquante ans passés, a été reçu dernièrement dans le service de M. Lisfranc avec une ulcération cancériforme horrible, sur tout le devant de la poitrine, s'étendant depuis le cartilage xiphoïde jusqu'au haut du cou, et d'un mamelon à l'autre, comprenant une aire de trois mains d'adulte placées en travers sur le devant de la poitrine et ayant un périmètre aussi accidenté que celui d'une carte géographique, et une surface cacohète qui frisait cette apparence d'inégalités indéfinissables que Boyer rendait par un mot vulgaire mais pittoresque de : *viande mâchée par des chats*. L'état général était celui de la cachexie avancée, le malade semblait à l'avant-veille de ses derniers jours et le chirurgien reculait devant un pareil tableau. On l'a cependant reçu comme sujet d'étude; on lui a prescrit l'iodure de potassium à la dose d'un gramme par jour et des pansements simples. Chose admirable : vers la fin du troisième septenaire, cet organisme naguère écrasé par le mal s'est relevé avec une vigueur inattendue; le champ de l'ulcère s'est cicatrisée, une cuirasse de tissu inodulaire couvrait sa poitrine et l'homme pouvait rentrer déjà dans la vie commune. On a su il est vrai qu'il avait eu autrefois la vérole, mais l'aspect de la maladie était si loin d'une pareille présomption, et la constitution était si détériorée, que l'on peut admettre des conditions d'une autre origine; et au demeurant, qui pourrait dire, dans l'état actuel des connaissances, où la diathèse syphilitique finit et où la cancéreuse commence, et en quoi ces deux diathèses diffèrent entre-elles à une certaine période?

Les plaies a la tête sont les moins fréquentes parmi les lésions traumatiques qu'on rencontre dans les hôpitaux. Les cliniques les mieux nourries n'en reçoivent qu'à peine trois, quatre exemples par an (nous entendons parler bien entendu, des plaies d'un ordre transcendant et qui implique des dangers réels). Deux cas de ce genre se sont présentés dans le dernier semestre à l'Hôtel-Dieu (Blandin), un ou deux à la Charité (Gerdy), un à Saint-Louis (Jobert), un autre au Val-de-Grâce (Baudens), un ou deux à Beaujon (Robert), et un aussi à la Pitié (Lisfranc). Ce chiffre est évidemment peu de chose comparativement aux fracas qui affectent si fréquemment les membres. A Paris la source la plus fréquente de ces derniers accidents est incontestablement dans l'encombrement des voitures, en rapport avec des rues étroites, mal pavées, presque dépourvues de trottoirs, et une population immense naturellement curieuse qui se coudoie de tous côtés, au milieu de distractions irrésistibles à l'infini. Nous avons interrogé plusieurs centaines de fracturés sous ce point de vue, et tout le monde peut s'enquérir de l'exactitude de notre observation. Tandisqu'à Londres et dans d'autres villes de la Grande Bretagne, les hôpitaux reçoivent un plus grand nombre de blessés à la tête. Les chûtes si fréquentes dans les manœuvres de la marine, dans les fabriques et dans les mines rendent raison de la différence. Là où vous voyez de grands fracas à la tête vous rencontrerez également de grandes luxations. Les travaux gigantesques qui entourent en ce moment la ville de Paris de fortifications sataniques offrent de temps en temps à la chirurgie des hôpitaux des échantillons de cette espèce. Des deux cas traités par M. Blandin, le plus intéressant était celui de la jeune fille, frappée d'un coup de pistolet à l'oreille, dont nous avons donné les détails dans le dern. n°. Au moment où nous redigions le fait (15e jour de l'accident) la patiente paraissait en voie de guérison, la plaie était belle en effet, le pavillon auriculaire réintégré, et les fonctions organiques s'exécutaient normalement. Bientôt après cependant un orage foudroyant a éclaté d'une manière inattendue; des symptômes encéphaliques se sont déclarés et on a eu la douleur de la voir succomber dans l'espace de quelques heures, vers le 21e jour. L'autopsie a révélé des restes d'un méningo-encéphalite, avec des apparences de contusion légère aux tissus intra-craniens, sur le lieu de la plaie et sur le point opposé de la tête, et une fracture limitée à l'apophyse mastoïde que nous avions déjà signalée; nouvelle preuve de la juste méfiance que nos grands maitres nous ont appris à concevoir de ces sortes de lésions. Il s'était sans doute passé là un travail caché dès le moment même de la blessure, travail insidieux, qui avait marché sans aucune manifestation extérieure et qui ne s'est dévoilé plus tard aux yeux du chirurgien que pour défier impunément la puissance de l'art. Les altérations matérielles cependant n'étaient que légères en apparence à l'autopsie. Que de questions sérieuses, difficiles, ne pourraient être soulevées à l'occasion de ce fait, au point de vue médico-

légal. Ouvrez, ouvrez certains livres, et vous serez moins étonné des erreurs grossières dictées par l'incompétence, que de la hardiesse avec laquelle le chalumeau pousse la flamme en contre sens de la raison !

La conséquence à déduire pour la pratique, c'est que même au milieu des plus belles apparences le chirurgien doit dans ces cas répéter les saignées et les autres remèdes hyposthénisants jusqu'à une époque très tardive. Dans l'autre cas de M. Blandin, il s'agissait d'une plaie avec commotion grave mais sans fracture; les saignées et la glace sur la tête en ont triomphé. Pour rendre cette application facile la vessie a été attachée avec un ruban au haut du lit; quand les mouvements automatiques du patient enlevaient le topique réfrigérant, un infirmier le replaçait aisément, et quand il est revenu à la connaissance il trouvait lui-même commode de l'avoir ainsi disposé pour le remettre ou l'ôter selon certaines sensations qu'on lui avaient désignées. La même méthode a été suivie au Val-de-Grâce avec un égal succès. A la Charité, M. Gerdy s'est bien trouvé de l'addition du tartre stibié aux saignées dans les deux cas qu'il a soignés. Dans le cas de M. Jobert, la circonstance la plus remarquable était le décallotement d'une moitié du cuir chevelu, arrachée et jetée sur l'oreille comme un bonnet, et recollée heureusement par la main de l'art : le malade a guéri ; tandis que dans celui de M. Robert c'était la lésion du nerf facial comme dans l'un de ceux de M. Gerdy : la paralysie de la face a persisté (nos lecteurs connaissent déjà les détails de ces faits). Disons enfin que d'après M. Lisfranc les plaies de la tête avec décollement, ne doivent pas être réunies par première intention d'une manière complète sous le climat de Paris, par la raison, dit-il, qu'elles s'étranglent aisément ou s'accompagnent d'une sorte d'œdème inflammatoire sourd qui s'étend au loin et finit par entraîner des fusées purulentes fâcheuses, ou même la mortification du tissu cellulaire sous-aponévrotique. Une question se présente naturellement : est-il vrai qu'à l'Hôtel-Dieu les blessures à la tête guérissent moins bien qu'ailleurs? Il n'en est rien. Nous reviendrons sur ce sujet.

Les maladies des yeux sont caractérisées avec plus de soins qu'autrefois dans les hôpitaux. Il reste cependant beaucoup à faire sous le double rapport de la caractérisation détaillée et du traitement dynamique. Comme la routine n'avait appris, à ce sujet, qu'un petit nombre de remèdes, les mêmes données règnent encore, en partie; les jeunes chirurgiens, cependant, marchent avec les nouvelles idées. La prévention est grande, néanmoins; on ne croit qu'à peine qu'il existe pour ces affections d'autres remèdes efficaces en dehors des purgatifs, de la saignée, du nitrate d'argent, et du séton ou du vésicatoire. La belladone n'est considérée que comme un simple dilatateur de la pupille, et par conséquent, rarement employée; le laudanum est donné dans les collyres comme la panacée calmante, etc. M. Velpeau cependant prescrit le calomel à dose répétée jusqu'à salivation, dans les ophthalmies; c'est sans doute quelque chose, mais il faut le dire, la thérapeutique se trouve limitée dans un cercle de ressources trop étroit. La thérapeutique dynamique oculaire a aujourd'hui pris un développement considérable : des remèdes énergiques, nombreux et variés sont à la disposition de l'homme de l'art : une matière médicale ophthalmique ayant ses principes arrêtés, est en tête d'un livre récent; il ne s'agit pas de système, il faut expérimenter, puisque la prévention est très grande; et s'il est vrai que les choses sont telles que nous le disons, il faut en faire profiter la pratique. Chose singulière : on croit à l'efficacité du séton et des bains de pieds, qui pourtant n'exercent pas d'effet salutaire incontestable sur les yeux : on croit au laudanum, qui excite au lieu de calmer dans les ophthalmies : et l'on se refuse de prescrire des remèdes d'une efficacité dynamique sublime. La thérapeutique oculaire acquerra, nous en sommes certain, tout le développement dont elle est susceptible dans les hôpitaux de Paris. — La *cataracte* est généralement opérée par abaissement dans les hôpitaux; M. Roux est le seul à peu près qui suive une autre règle. Cela ne veut pas dire cependant que telle est la méthode suivie dans tous les cas; mais l'extraction n'est qu'une rare exception. Telle est aussi la pratique adoptée en ville, et presque partout en France. Il est incontestable que l'abaissement donne, en général, les meilleurs résultats; c'est d'ailleurs une opération plus facile, moins grave, moins chanceuse que l'extraction, et lorsqu'elle échoue, elle laisse le plus souvent la ressource d'une seconde opération. Peut-être, cependant, le principe adopté est trop exclusif. L'opération elle-même est diversement exécutée; le plus souvent, on *abaisse directement*, dans la rigueur du mot. M. Velpeau, cependant, *recline* le cristallin, à ce que nous croyons, et il implante l'aiguille sur la sclérotique à des hauteurs variables : dernièrement il a plongé l'instrument en haut pour opérer une cataracte de mauvaise espèce (amaurotique) qu'il a déplacée en masse : cela est indifférent en effet. Quelque soit le point d'immersion de l'aiguille dans l'hémisphère antérieur de la sclérotique, on se trouve toujours dans les mêmes conditions. On vient cependant de publier dans un journal qu'en plongeant l'aiguille vers l'extrémité supérieure de l'axe vertical de l'œil, l'opération était mieux exécutée. Nous le répétons, cela est indifférent; la difficulté n'est pas dans le mode opératoire, et le succès ne dépend pas de celui-ci dans l'abaissement. M. Jobert a opéré dernièrement une femme d'après le procédé d'élévation (*sublatio cataractæ*), mais le cristallin est descendu petit à petit, et a obstrué en partie la pupille, ce qui prouve que la lentille n'est pas toujours spécifiquement plus légère que la vitrine. M. Lisfranc, opérant, il y a peu de jours, un cristallin entouré d'un liquide lactescent, n'a pu suivre la manœuvre à découvert, les chambres s'étant troublées par le liquide sorti de la capsule; quelques jours après, la cataracte s'est montrée dans la chambre antérieure, derrière la cornée où elle existe encore, événement qui

n'est ni fâcheux, ni rare, elle se résorbe; mieux vaut l'extraire cependant, car la disparition se fera longtemps attendre, et sa présence fatigue l'organe. M. Lisfranc a rappelé que Dubois ramenait, à dessein, la cataracte dans la chambre antérieure pour en démontrer l'absorption, et il croit avoir observé que ce travail de démolition est singulièrement hâté par l'application de la pommade de Gondret sur le synciput.

L'amaurose se voit très fréquemment dans les hôpitaux : tout ce qu'on peut dire, c'est que les méthodes adoptées sont uniformément employées; nous voulons dire qu'à la Pitié, par exemple, M. Lisfranc n'emploie que la pommade ammoniacale sur le front, dans tous les cas; tandis qu'à l'Hôtel-Dieu, M. Blandin prescrit la strychnine endermiquement autour de l'orbite, et M. Roux ordonne tantôt un séton à la nuque, tantôt des cautères aux tempes. A la Charité, les deux chirurgiens sont également partisans du séton, mais M. Velpeau a fait remarquer avec raison que rarement ces moyens guérissent, et rien n'est plus constant que de voir les amaurotiques se faire illusion, et faire croire qu'ils vont beaucoup mieux alors qu'ils restent à peu près dans le même état. Cette affection est assurément des plus sérieuses, et pourtant elle est le moins étudiée: son siége est souvent dans le cerveau, véritable labyrinthe ténébreux; plus souvent encore dans la choroïde et dans la gaîne du nerf optique; l'impuissance de la rétine n'est qu'un effet, et néanmoins c'est d'elle que l'on est naturellement porté à s'occuper principalement. On attend sur ce point de plus amples développements dans la pratique. — Les *ophthalmies* donnent des résultats plus satisfaisants. Les plus fréquentes qu'on y rencontre sont les kératites chroniques, avec ou sans ramollissement, avec ou sans pannus. M. Jobert et M. Gerdy insistent principalement sur les saignées générales et locales, sur les collyres légers de nitrate d'argent et sur les purgatifs, et ils s'en trouvent bien; M. Velpeau a moins souvent recours aux saignées, mais il agit par le calomel à petites doses répétées, et surtout par les collyres argentiques. Dans un cas de ce genre, M. Velpeau vient de pratiquer l'excision de la conjonctive péricornéale, opération très douloureuse et que M. Gerdy a mis aussi dernièrement en usage, mais sans résultat avantageux; c'est que le mal est assez profond. Les ravages de la kératite portent ordinairement sur le disque cornéal; dans deux cas cependant, qu'on voit en ce moment, l'un à la Charité, l'autre à Saint-Louis, le mal a pris subitement une extension effrayante, a marché vers le phlegmon, et il s'est terminé par la fonte purulente de l'organe. Chez l'un, la chose est arrivée sans cause appréciable; chez l'autre, par suite d'une variole déclarée après d'une blépharoplastie que M. Jobert venait de pratiquer avec succès sur le même côté. Il est remarquable que le phlegmon a envahi à la fois les tissus de l'œil et de l'orbite, occasioné une exophthalmie énorme, et que la paupière supérieure qui venait d'être restaurée par un lambeau autoplastique emprunté à la tempe a suivi le même mouvement, le lambeau s'est couvert de boutons varioliques, et sans cesser de continuer à vivre comme s'il était originaire dans ce terrain.

Les difformités par rétraction des tissus albuginés sont à l'ordre du jour dans les hôpitaux, depuis surtout le dernier travail de M. Gerdy. Il résulte des observations journalières, que la cause la plus fréquente des rétractions des membres chez l'adulte, c'est une inflammation sourde, une sorte d'irritation subphlogistique qui envahit les tissus albuginés, les gaînes des tendons, l'atmosphère celluleuse sous-aponévrotique, péritendineuse et circumcapsulaire, laquelle les épaissit, les indure et les rétracte, d'où suit un raccourcissement dans les tendons par manque de glissement, par impossibilité d'allongement. Vous en avez un exemple palpable aux doigts, par suite de travaux rudes et prolongés. Ce qui se passe à l'aponévrose palmaire et dans le tissu cellulo-fibreux ambiant se vérifie à l'avant-bras et à l'aisselle, au mollet comme au genou, à la hanche comme au cou et ailleurs. Il ne s'agit pas d'une théorie, car ceci résulte de l'observation clinique la plus manifeste et de l'inspection anatomique la plus incontestable; nous allons citer quelques faits avant d'aller plus loin. Un jeune homme avait reçu une violente contusion à la hanche, une inflammation vive s'en est suivie, puis des abcès. Au bout de quelques mois, il est entré à la Charité (Gerdy) portant une plaie suppurante superficielle vers la région trochantérienne; tous les tissus des alentours de cette région sont indurés, peu glissants; les mouvements de l'articulation coxo-fémorale sont libres; les os ne sont pas gonflés, la pression ne produit pas de douleur, et pourtant l'étendue des mouvements de la cuisse est notablement abrégée. La flexion en avant ne s'exécute qu'à peine au quart; le genou, qui dans l'état normal peut être rapproché de l'ombilic et toucher la peau du ventre, s'arrête à mi-chemin, et si l'on veut forcer la flexion, on est arrêté par un plan aponévrotique postérieur qui entraîne avec lui le bassin d'une seule pièce. La flexion en arrière et l'abduction sont plus limitées encore par une résistance large de même nature. On caractérisait cela de demi-ankylose autrefois; cependant, nous le répétons, il est facile de s'assurer que l'articulation n'est point malade, puisque les pièces articulaires jouent librement entre elles, et que la difformité se rattache aux mêmes conditions que celle de l'avant-bras, de la main, et du bras dont nous avons rapporté des exemples dans les derniers numéros. Le toucher chirurgical ne laisse pas d'équivoque sur la nature de la maladie, et les effets heureux du traitement antiphlogistique confirment pleinement le diagnostic. Un jeune soldat d'Afrique avait reçu une balle vers le tiers inférieur de la cuisse droite; des abcès s'étaient formés et guéris, puis la jambe s'est petit à petit fléchie sur la cuisse à angle obtus, et l'homme a dû être réformé. Entré à la Charité (Gerdy), il a été facile de reconnaître que l'articulation était libre, et que l'impossibilité d'extension tenait à la rétraction des tissus albuginés périphéri-

ques; en forçant un peu l'extension, on sent, en effet, sous le jarret et à tous les alentours du genou, de fortes bandes indolores, épaisses, tendues, véritables rênes accidentelles créées par la phlogose, et qui brident les mouvements naturels. Des ventouses scarifiées, souvent répétées, des applications émollientes et résolutives combattent la condition dynamique, détendent petit à petit les toiles aponévrotiques, et ramènent à la fin, avec l'addition de quelques faibles secours mécaniques, les fonctions du membre à leur rhythme habituel. On ne s'étonnera pas de cet état indolore des parties malades et de la longue persistance de la phlogose, si l'on se rappelle que les tissus serrés, à vascularisation fine, une fois envahis par l'irritation subinflammatoire, s'engourdissent, pour ainsi dire, dans cet état, leur circulation n'étant pas assez active pour amener le mal à une prompte terminaison. Ce qui se passe dans les articulations des goutteux et des rhumatisants, qui restent enflammées pendant un grand nombre d'années, et ce que l'on observe journellement dans certaines ostéites chroniques en est une preuve. Un caractère remarquable que M. Gerdy a mis en évidence dans beaucoup de cas de ce genre, c'est la chaleur de la partie rétractée: si vous laissez les deux membres exposés à l'air libre pendant une demi-heure, vous trouverez la partie malade un peu plus chaude, pour peu que la phlogose ait une certaine intensité; ce caractère disparaît à la longue cependant.

On prévoit dans quelle erreur fâcheuse on tomberait, si l'on allait, dans ces occurrences, ténotomiser les malades, ainsi qu'on l'a fait malheureusement dans ces derniers temps, par suite d'idées systématiques. Une illusion déplorable avait porté des orthopédistes à mettre en avant une vieille théorie et d'en faire une sorte d'enseigne d'une panacée ridicule. Des Paracelse ont paru sur l'horizon chirurgical, tant en Allemagne qu'en Angleterre et ailleurs, promettant merveilles à tout bossu bien venu; quelques coups de ténotome et une aspersion de chlorure aurique (véritable eau bénite du siècle) devaient redresser leur tronc et les membres, avec la même sécurité que le docteur Taylor dissipait jadis la cécité amaurotique en limant la cornée avec une exiguë lime d'or! La science, hélas! avait été abaissée au rang abject d'une dame de comptoir, et la presse convertie en un comptoir d'escompte. Par suite de ces exagérations et des abus d'annonces mensongères dans divers journaux, une réaction heureuse s'est opérée dans les services des hôpitaux de Paris; tous les chirurgiens y traitent des difformités, et l'on s'efforce de toutes parts de rétablir les véritables principes de la science par l'exemple à côté du précepte. A la Charité, comme à Saint-Louis; à la Pitié, comme à l'Hôtel-Dieu; à Beaujon, comme ailleurs, on voit en ce moment des difformités des membres traitées avec succès à l'aide des principes que nous venons d'exposer. La ténotomie n'est plus employée que comme un moyen exceptionnel, même contre le pied-bot; on cite des cas fâcheux dans cette dernière infirmité, et elle ne l'est plus guère dans l'ankylose du genou. On comprend en effet que, dans les conditions que nous venons d'établir, le bridement n'est pas dans les tendons eux-mêmes, et la section de ceux-ci ne saurait enlever la véritable source de la difformité. Cette source est diffuse, pour ainsi dire, de nature dynamique, et ne saurait être dissipée par le ténotome. Nous avons vu un grand personnage du Brésil, atteint d'un torticolis ancien des plus prononcés et des plus difformes, se refuser à la ténotomie; M. Duval l'a traité par les seules applications émollientes et l'extension progressive appliquée avec un discernement parfait, et il l'a très bien guéri en moins d'une année. Estimez-vous peu de chose que d'épargner la division d'organes aussi importants que les muscles, dont on ne peut toujours calculer toutes les conséquences? Trois jeunes personnes ont été dernièrement guéries en peu de temps par M. Jobert d'ankyloses très prononcées au genou, à l'aide des mêmes principes. On en voit un quatrième exemple à la clinique de M. Lisfranc; la guérison n'est pas complète dans ce cas, à cause d'une hypertrophie des condyles du fémur. Un cas plus compliqué encore est traité par M. Velpeau à la Charité: le tibia et le fémur forment au genou un angle rentrant tellement prononcé, qu'on croirait, au prime-abord, à une luxation du tibia en dedans. Dans le service de M. Jobert, on voit une jeune fille dont le doigt médius de la main droite est dans la demi-flexion forcée, par suite d'une plaie qui avait divisé le tendon extenseur. Ce chirurgien se propose d'inciser la cicatrice qui règne vers le milieu du doigt, de disséquer les deux bouts du tendon et de les mettre dans une juxtaposition convenable pour en obtenir la réunion. Une femme nouvellement accouchée est entrée dans les salles de M. Gerdy pour un grand abcès au sein; le travail de phlogose sous-mammaire a déterminé la rétraction complète du mamelon, comme dans certains cancers, c'est encore là un phénomène de l'espèce de ceux dont nous parlons, et dont on n'avait pas, jusqu'à présent, apprécié la nature. Un jeune homme du même service offre une oblitération *complète* du sac lacrymal, par suite d'un abcès à l'angle caronculaire. Le liquide, injecté par le point lacrymal inférieur, ressort du point supérieur et jaillit avec une violence extrême à la distance de deux mètres, sans qu'une seule goutte pénètre dans la gorge, et un autre atteint d'otite suppurente, dont nous donnons plus bas l'observation, présente un conduit auditif granuleux et tellement contracté, qu'il est sur le point de s'oblitérer complétement en vertu de la loi qui régit les tissus albuginés chroniquement enflammés. On connaissait les rétractions par brûlure, et l'on n'avait pas songé à cette espèce de travail profond, qu'on pourrait allégoriquement comparer à une sorte de brûlure soucutée. On prévoit déjà quelles conséquences importantes la chirurgie doit retirer de ces nouvelles études.

Les autoplasties forment, dans les hôpitaux de Paris, l'un des plus beaux titres qui honorent la chi-

rurgie moderne. On en voit plusieurs exemples remarquables en ce moment à l'Hôtel-Dieu, à Saint-Louis, à la Pitié et à la Charité. Ici, c'est un pénis monstrueux restauré de toute pièce; là, un périnée fistuleux rapiécé comme un haut-de-chausse; à côté est un nez de création frontale; plus loin sont des paupières réintégrées par la main de l'art, etc. Nous donnons plus bas quelques-unes de ces observations intéressantes. Le seul rapprochement que nous désirerions faire ici concerne quatre cas de blépharoplastie pratiquée heureusement par MM. Lisfranc, Velpeau, Baudin et Jobert; l'espace nous manque pour le moment, mais l'occasion ne nous manquera certainement pas de répondre en sous-œuvre ce sujet important.

Hôpitaux militaires.

Hôpital du Gros-Caillou (MM. Soudan et Gimelle). **Maladies vénériennes**. — Une véritable épidémie d'affections vénériennes a éclaté au milieu des jeunes soldats des casernes de Paris, depuis les derniers jours de jubilation inhérente aux fêtes de juillet. L'homme d'armes tient non seulement à défendre sa patrie, mais aussi à lui donner une progéniture qui doit la défendre après lui. Là il s'expose à recevoir des projectiles, ici il encourt des dangers d'un autre genre. Toujours il est prêt à remplir ses devoirs, et après une bataille comme après une fête nationale il a à soigner ses blessures, soit du champ de Mars, soit de celui de Vénus. Aussi les salles du Gros-Caillou se sont-elles trouvées encombrées en peu de jours d'individus vérolés, à compter des commencements du mois d'août. On sait que, durant les trois jours, les garnisons sont en congé et reçoivent un surcroît de solde. Il est vraiment fâcheux que la distraction la plus importante, celle qui met le soldat au même rang que son supérieur, en vertu de l'égalité devant la loi de la nature, soit suivie le plus souvent d'inconvénients si sérieux. A qui la faute, sinon aux médecins de la police? Il est certain que si l'inspection du sexe était aussi complète qu'elle devrait l'être, on aurait beaucoup moins de victimes de ce genre dans les hôpitaux civils et militaires. Parmi les entrants de la dernière fournée au Gros Caillou, on a compté plus de trente cas d'orchite blénorrhagique; des chancres avec bubons s'offraient dans le plus grand nombre des autres. Nous allons les passer en revue avec quelques détails.

Les orchites blénorrhagiques ont, pour ainsi dire, fait irruption vers le premier septenaire de l'urétrite, ce qui a été attribué à la marche forcée et à quelques abus dans les aliments. En général, c'est le testicule droit qui a été choisi de préférence par le mal; le gonflement a été brusque, instantané, comme cela a lieu ordinairement, et sans beaucoup de douleur; chez un individu vigoureux cependant l'épididymite s'est accompagnée de douleurs tellement intenses que le patient a jeté les hauts cris d'une manière incessante, pendant deux ou trois jours, et ce n'a été que par deux applications successives de sangsues (20 d'abord, 30 autres ensuite) qu'on a pu apaiser la souffrance. Chez quelques uns néanmoins, la peau correspondante était rouge et très sensible au toucher. Dans aucun, au reste, il n'y a eu de fièvre, et le volume de la tumeur s'est borné généralement à un développement moyen. Lors de l'entrée des malades à l'hôpital, l'urétrite offrait encore, chez la plupart, des caractères d'acuité; nous voulons dire s'accompagnait de chaleur vive au passage de l'urine. Dans un cas seulement, la maladie pénienne a présenté les apparences phlegmoneuses qu'on appelle *chaude-pisse cordée*; le patient, ayant suivi la pratique vulgaire, a forcé les parties et violenté l'urètre; il s'en est suivi des hémorrhagies répétées, qui se renouvellent encore depuis une dixaine de jours, elles n'ont jamais été très abondantes; le sang ne coule qu'après la sortie des urines le patient accuse une vive douleur vers la région périnéale, ce qui ne veut pas dire que c'est de là que le sang émane, ni que l'urètre ait été réellement déchirée, car il n'y a pas eu d'infiltration urinaire, et d'ailleurs l'on sait que les muqueuses enflammées à un degré élevé laissent aisément échapper du sang de leurs vaisseaux. Chez un autre, c'était un sergent intelligent et instruit, l'urétrite était intense, le patient a cru devoir consulter une de ces vieilles commères qui, les jours de revue ou d'exercice, sillonnent le Champ-de-Mars au milieu des rangs des militaires, offrant d'une décoction de réglisse, appelée vulgairement *coco*; elle lui a procuré, moyennant un prix de 2 fr. 50 c., un remède végétal, c'était de la coloquinte que le malade a prise en une seule fois en quantité considérable. Il est survenu des symptômes d'empoisonnement, des coliques atroces, des garderobes, des spasmes et une sorte de délire; le malade croyait mourir quand il a été transporté à l'hôpital. Il a fallu d'abord combattre ces phénomènes avant de s'occuper de la blénorrhagie, qui a continué, d'ailleurs, son cours ordinaire. M. Gimelle ne traite d'abord que de l'orchite dans tous ces cas; il n'attaque la blénorrhagie qu'après que celle-là aura été combattue. Croyant à la révulsion, ce praticien suppose que l'écoulement de l'urètre peut influer heureusement sur la marche rétrograde de la phlogose de l'organe scrotal. Sans nous occuper ici de la valeur de cette doctrine, nous devons dire que la pratique suivie par M. Gimelle à l'égard de l'orchite donne des résultats satisfaisants. Il prescrit intérieurement, chaque jour, une pilule composée d'un décigramme (deux grains) de calomel et autant de rhubarbe; localement, des frictions mercurielles et des cataplasmes émollients. Il n'ordonne des sangsues que dans quelques cas exceptionnels, et il s'abstient de bains, afin d'empêcher les malades de marcher; ils doivent, de rigueur, garder le repos au lit. Sous l'influence de ce traitement, le liquide est résorbé, le gonflement rétrograde, et l'orchite disparaît constamment dans l'espace de douze à vingt jours; rarement on va à un mois. Si les gencives s'affectent, on suspend l'usage des pilules, et l'on insiste sur les topiques. M. Gimelle croit inutile la ponction, et il voit des inconvénients au débridement qu'on a proposé. Aucun étranglement, en effet, n'existe pour autoriser cette pratique; la plaie elle-même ne peut qu'augmenter la phlogose et la douleur, et en définitive cela prolonge la maladie, retarde la guérison, selon lui, et détermine l'adhérence du testicule avec les bourses, ce qui n'est pas sans inconvénient. Un grand nombre d'orchites ont été jusqu'à présent traitées par M. Gimelle d'après la méthode que nous venons d'indiquer, et toujours avec le même résultat. Il est clair qu'une autre pratique quelconque ne peut fonder une supériorité qu'autant qu'elle guérira plus promptement. C'est ce qu'il faudrait d'abord prouver, indépendamment de la douleur inhérente au débridement, et qui pourtant doit aussi entrer en ligne de compte, et de l'adhérence dont nous venons de parler. Aussitôt que l'affection de l'épididyme commence à décliner, M. Gimelle prescrit la potion antiblénorrhagique. Une omission importante s'est glissée dans la formule que nous avons donnée; cette formule se compose de baume de copahu, 12 grammes; poivre cubèbe, 8 grammes; vin aromatique, 125 grammes; à prendre en une fois, après avoir agité le mélange. Cette

potion produit constamment le résultat que nous avons indiqué, si on l'administre précisément après le moment de la période suraiguë de la phlogose.

Les chancres primitifs sont traités comme la vérole secondaire, c'est-à-dire par une médication interne, indépendamment des pansements méthodiques ordinaires. Une pilule de cinq centigrammes (un grain) de protoiodure de mercure est administrée chaque matin, en présence du chirurgien, jusqu'à disparition complète de tout symptôme local. On numérote tous les jours les pilules déjà prises par chaque malade; c'est-à-dire chaque nouvelle prescription porte le chiffre 20e, 30e et 40e pilule, etc., selon la durée antérieure du traitement. Ce système rappelle de suite sur les cahiers le point où se trouve chaque traitement. On s'arrête ordinairement entre la 30e et la 50e pilule; il est rare que les symptômes locaux aient complétement disparu avant le trentième jour de traitement. M. Gimelle a pour pratique de suspendre de suite le mercure dès que des signes de salivation se manifestent, pour le reprendre quelques jours après. Il en est de même si le malade s'enrhume ou éprouve une complication quelconque de quelque importance. Les pansements locaux sont très simples: cautérisations avec le nitrate d'argent; linge enduit de cérat; de l'onguent mercuriel assez souvent; quelquefois une compresse trempée dans de l'eau froide, et la guérison s'effectue généralement sans d'autres secours. On remarque rarement des symptômes secondaires ou tertiaires sur les militaires traités primitivement de la sorte; encore ces récidives sont-elles très bénignes ordinairement, tandis que les véroles graves, difficiles, compliquées, qui se présentent, appartiennent presque toujours à des soldats qui ne s'étaient point fait traiter de leurs chancres primitifs, ou qui avaient été traités sans mercure, ou bien encore qui n'avaient pris des pilules de protoiodure que pendant une quinzaine ou vingtaine de jours seulement. Nous avons interrogé nous-mêmes avec soin ces sortes de malades; nous y reviendrons tout-à-l'heure. Lorsqu'un malade présente des chancres et une chaude-pisse à la fois, M. Gimelle ne s'occupe d'abord que des premiers, car c'est là la maladie principale à ses yeux, et il n'attaque l'écoulement que beaucoup plus tard. Quelques prises de la potion du baume cubèbe suffisent alors, car la blénorrhagie cède d'autant plus promptement à ce médicament qu'elle date de quelque temps, et si elle résiste, ce qui est rare, M. Gimelle a observé qu'il était utile de le suspendre après le huitième jour, pour y revenir quelques jours plus tard; l'effet est alors presque immanquable. Nous disons *presque* pour ne pas paraître absolu, cependant on ne connaît pas encore d'exception dans le service.

Parmi les chancres primitifs les plus difficiles à cicatriser sont, d'après l'observation de M. Gimelle ceux qui siégent sur le frein du gland et sur la face externe du prépuce. Plusieurs sujets qui se trouvent en ce moment dans les salles, offrent des échantillons de ce cas, l'ulcère au frein a une grande tendance à s'étendre le long de ce cordon, d'y former une sorte de traînée chancreuse; on a beau la cautériser, la panser avec des topiques divers, elle résiste longtemps malgré le traitement interne; quelquefois les caractères spécifiques disparaissent, et pourtant la cicatrisation se fait encore attendre longtemps. M. Gimelle, au reste, n'a pas observé que les chancres du frein donnaient plus souvent lieu au bubon que les autres, ainsi que Hunter l'avait avancé. Quant aux chancres du fourreau, nous voulons dire de la face externe de la verge ou du prépuce, ils sont également tenaces, sans pourtant s'étendre, et sans qu'on puisse dire pourquoi ils guérissent plus difficilement que ceux de la face interne du prépuce ou de la surface du gland. Ces observations s'appliquent aussi aux chancres secondaires. Lorsque des chancres primitifs du gland ou de la face interne du prépuce s'accompagnent de phimosis accidentel, ou que des ulcères se sont développés sous un phimosis congénital, on croirait d'abord que le premier soin du chirurgien serait de fendre le prépuce et de mettre le mal à découvert. L'expérience cependant a démontré, et plusieurs auteurs ont établi, d'après elle, qu'une pareille pratique exposait à étendre l'érosion syphilitique sur toute la plaie de l'opération; aussi M. Gimelle se garde-t-il, dans ce cas, d'employer le bistouri. Le chancre reste sous le prépuce, on le sent à travers les téguments, on absterge la sécrétion comme on peut par l'ouverture préputiale, on applique des émollients, des antiphlogistiques, et l'on attend un moment opportun pour décalotter, s'il ne s'agit que d'un phimosis accidentel, avant que des adhérences puissent s'établir entre le prépuce et le gland. Mais si ce décalottement est impossible, et si le phimosis est congénital, il faut bien en venir à l'opération, lorsque le mal affecte une certaine gravité, même au risque de subir l'inconvénient que nous venons de signaler. C'est ce que M. Gimelle a dû faire sur deux malades qui se trouvent en ce moment dans ses salles. Chez l'un, c'était un soldat d'assez mauvaise constitution, le phimosis était congénital; nous avons prié M. Gimelle d'opérer; il a pratiqué la circoncision, et mis ainsi les chancres cachés à découvert; aussitôt toute la plaie est devenue chancreuse, son bord s'est renversé en dehors, et il s'est formé un véritable ruban circulaire entourant toute la base du gland d'un seul chancre périphérique ayant plus d'un centimètre de hauteur, ou plutôt de largeur. Ce chancre, sans être phagédénique, a pris un mauvais aspect, mais grâce au traitement mercuriel intérieur et aux pansements simples, sa physionomie s'est amendée et ses limites se rétrécissent de plus en plus. Nous savons bien que beaucoup de praticiens n'approuvent pas le traitement iodo-mercuriel contre les chancres primitifs, mais notre mission, à nous, en ce moment, n'est autre que celle d'un historien fidèle des faits des hôpitaux; nous discuterons en temps et lieu la question de principes. Chez l'autre malade, le phimosis était accidentel, le gonflement extrême et avec menace d'étranglement; M. Gimelle a simplement fendu le prépuce. Des chan-

cres se sont aussitôt déclarés dans le trajet de la plaie, et même sur la face externe du prépuce. Nous reviendrons sur ces deux observations.

Les bubons qu'on rencontre dans ce service sont généralement simples; les sujets qui les portent y arrivent avant la suppuration de leur mal, ou bien ils sont déjà fluctuants, ou même ouverts aux ambulances des casernes, à l'aide de la lancette ou du bistouri. Dans le premier cas, M. Gimelle prescrit le repos absolu au lit, et traite le bubon par des cataplasmes émollients, et quelques frictions locales de pommade mercurielle, dans le but d'obtenir la résolution; en attendant, il ordonne la médication antisyphilitique intérieure, ci-devant indiquée. Quand le mal marche vers la suppuration, et c'est le cas le plus ordinaire, on attend que la fluctuation soit bien manifeste, puis, on l'ouvre à l'aide du caustique calcéo-potassique, dit *pâte de Vienne*. La quantité employée de cette pâte est variable, selon le volume et la profondeur de l'abcès. Le plus souvent, il suffit d'un petit filet de pâte, de la largeur de l'ongle du petit doigt, de la longueur de 3 centimètres environ, et de l'épaisseur de cinq à six doubles d'un papier à impression, pour obtenir le but. Cette pâte est appliquée dans le sens du grand diamètre de la tumeur, et reçoit une forme ovale très allongée. Son épaisseur doit être d'autant plus grande que l'abcès est profond, car l'escarrhe doit pénétrer jusqu'au foyer, et elle y pénètre toujours si on en calcule bien les proportions; on la fend le troisième jour avec une lancette et le pus s'écoule. L'ouverture obtenue de la sorte est avec perte de substance et de forme ovale allongée. S'il y a des duretés aux alentours, on continue les émollients et les résolutifs, et la guérison s'effectue constamment d'une manière simple et heureuse, et en attendant que le traitement interne s'achève les bubons disparaissent eux-mêmes sans laisser d'autre trace qu'une simple cicatrice linéaire, à peine apercevable. Vers la fin, une croûte se forme sur le lieu de la plaie; on attend quelques jours, qu'elle soit complétement tombée avant de renvoyer les malades rejoindre leurs régiments; leur guérison est alors parfaite. Terme moyen, la durée de ce traitement est de deux mois. M. Gimelle attache avec raison une grande importance au repos absolu, et au régime alimentaire pour obtenir la résolution complète de l'adénite. M. Gimelle nous a mis à même d'apprécier sur trois ou quatre malades, dont les bubons avaient été ouverts avec le bistouri, la différence réelle entre les résultats du bistouri et ceux qu'il avait obtenus à l'aide du caustique de Vienne, soit sur l'autre aine chez les mêmes sujets, soit chez d'autres malades. La guérison s'est fait attendre beaucoup plus longtemps chez les premiers, par la raison que les les bords se sont amincis et renversés en dedans et que la plaie elle-même a pris une apparence atonique; et enfin, il a fallu, chez tous, employer dans la plaie même le caustique et produire une perte de substance pour disposer les parties à une prompte guérison. Nous nous sommes convaincu dans ce parallèle que non seulement la potasse calcique disposait favorablement les parties à la cicatrisation, mais encore contribuait puissamment à la résolution des ganglions profonds, en vertu sans doute de son action dynamique consécutive à l'absorption. C'est là un effet très important à nos yeux et qu'on n'avait pas apprécié jusqu'à ce jour. Nous aborderons, dans le prochain numéro, le sujet des syphilis secondaire et tertiaire.

Hydropisie des tendons. — Dans le dernier numéro, nous avons rapporté un cas d'hydropisie du tendon du jambier postérieur chez un jeune homme couché dans le service de M. Velpeau, à la Charité. Ce malade a quitté brusquement l'hôpital avant d'être guéri. Nous venons de le rencontrer au Gros-Caillou et nous sommes bien aise de pouvoir compléter son observation. Ce jeune homme est au service militaire en qualité de tambour; il avait obtenu un congé, et jouissait depuis quelque temps de la vie bourgeoise chez ses parents, à Paris, lorsque son mal s'est déclaré; il s'était fait recevoir à la Charité; mais, dans ces entrefaites, son congé ayant expiré, il a été rappelé à son régiment : c'est la raison de sa brusque sortie de la Charité. Sa tumeur au jambier postérieur s'étant reproduite, il s'est fait recevoir au Gros-Caillou. M. Soudan a reconnu la maladie et il s'est contenté de simples applications de cataplasmes émollients. Au bout de quelques jours, le mal a disparu; mais, chose singulière, une maladie pareille s'est déclarée dans les tendons des péroniers latéraux de l'autre membre: on a appliqué des cataplasmes et le mal s'est également dissipé. Aujourd'hui on ne trouve plus de maladie sur l'un ni sur l'autre membre; l'endroit cependant où M. Velpeau avait pratiqué la ponction à la jambe est très sensible au toucher, mais on n'y voit pas de grosseur manifeste. On continue les cataplasmes et l'on tient le malade en observation. Ce jeune homme est à peine âgé de 20 ans; il est pâle, lymphatique et enclin, à ce qu'on présume, aux délectations solitaires.

Hôtel-Dieu. (MM. Roux et Denonvilliers.)

Verre a bière introduit dans le rectum. — Il est à Paris une secte d'hommes corrompus par la débauche, véritables enfants du vice, qui adorent la déesse de l'ancienne ville de Sodome, et qui poussent le cynisme jusqu'au raffinement le plus révoltant. Un exemple funeste qui vient de se présenter à l'Hôtel-Dieu peut donner la mesure de ces dégoûtantes voluptés. Un jeune homme âgé de 32 ans, de belles proportions, à peau fine, brun, belle barbe, petites moustaches à brosse, sorte d'Adonis aux poses pittoresques et aux manières distinguées, se présente dernièrement à l'Hôtel-Dieu, dans l'après-midi, et se fait recevoir d'urgence par l'interne de service; il se dit professeur de langues dans une des pensions de garçons les plus renommées de Paris, et donne sur son mal les détails suivants. Il était dans un café avec plusieurs de ses coreligionnaires; la conversation a porté sur la grande susceptibilité du sphincter anal à se dilater; les opinions ont été partagées; et lui, homme expérimenté sur la matière, s'est fait fort de faire passer un grand verre à bière dans son rectum. Un pari de 10 fr. a été proposé et accepté (c'est le malade qui parle). Il a donc pris un de ces grands verres à bière qu'on appelle *chopes*, verre épais comme on sait, de la figure d'un cône tronqué et contenant à peu près une demi-bouteille de liquide. Sa partie évasée est en haut; la base, un peu étroite, présente 9 centimètres environ (3 pouces) de diamètre, et la hauteur peut être evaluée à 15 ou 18 centimètres (5 à 6 pouces). Au total, ce corps pourrait être approximativement représenté par une tête d'enfant de neuf mois, d'une forme pyramidale, ainsi qu'on en rencontre assez souvent. Le pari a été tenu et gagné, le verre ayant été introduit en totalité, la base tournée en haut, par la main même de l'acteur de cette scène; mais quand il s'est agi d'extraire le verre de l'intérieur du rectum, la chose a été impossible, le sphincter s'étant fortement contracté en deçà du corps étranger. Dès lors, une suite de souffrances atroces a commencé, rappelant la torture des malheureuses victimes de l'empalement, si commun encore de nos jours chez la plupart des peuples orientaux. C'est dans un pareil état que notre professeur de langues a été admis dans la salle Sainte-

Marthe. L'interne a essayé l'extraction à l'aide de pinces. Il a pu ramener le bord du corps étranger près du sphincter; mais il n'a pu l'extraire, malgré la régularité de ses manœuvres, et enfin le verre s'est brisé sur un point de son bord. On est alors allé au bureau central quérir l'assistance d'un des professeurs de chirurgie qui se trouvaient là en ce moment, comme juges d'un concours. M. Velpeau est arrivé. Il a trouvé le sphincter extrêmement élargi; cependant, comme la partie évasée du verre se trouvait en bas, on ne pouvait la dominer assez pour la faire avancer. M. Velpeau a donc employé un forceps ordinaire. Les branches entraient bien dans le rectum; mais on n'a pu les faire agir efficacement. Enfin, le verre a été brisé sur place et extrait par fragments. Il fallait s'attendre à une réaction terrible, qui n'a pas manqué: un phlegmon diffus s'est déclaré dans l'excavation pelvienne et aux fesses; des abcès se sont formés aux alentours du rectum, et qu'il a fallu ouvrir. Cet intestin était tellement élargi, que le chirurgien pouvait introduire facilement la main, comme dans un bonnet de nuit. Péritonite; mort vers le dixième jour. *Autopsie:* abcès multiples dans le bassin, dont plusieurs communiquent avec le rectum par des ouvertures fistuleuses, fusées purulentes, fausses membranes, suppurations parcellaires dans le tissu cellulaire sous-péritonéal.

Par une singulière coïncidence, quelques jours après, un homme s'est présenté à l'Hôtel-Dieu, demandant avec un certain air de mystère au chirurgien de garde de lui extraire un corps étranger qu'il s'était introduit dans le rectum; c'était, cette fois, un verre à table ordinaire. La chose avait été dictée ici par des loisirs de solitude. Le malade a été reçu et couché dans la même salle Sainte-Marthe. L'interne a encore eu recours cette fois aux lumières des professeurs qui siégeaient au bureau central. M. J. Cloquet est venu; il a graissé sa main et l'a introduite sous forme de cône dans le rectum, ainsi qu'on le fait ordinairement pour la matrice; il a saisi le verre et l'a extrait heureusement. Le lendemain, le patient est sorti guéri, se promettant probablement de ne pas recommencer. Celse avait recommandé cette pratique dans ces cas, et il avait même conseillé de la faire exécuter par un enfant dont la main petite pourrait aisément passer.

—L'histoire de la science possède déjà un assez grand nombre de faits de ce genre, et qu'on trouve enregistrés dans une foule d'ouvrages; aucun, cependant, ne nous a paru aussi bizarre que le premier, si l'on excepte celui de Marchettis, que tout le monde connaît. Ce qu'il y a de plus singulier encore, et de plus triste pour l'espèce humaine, c'est cette véritable monomanie contagieuse d'hystérisme masculin, qui met l'homme au-dessous de la brute, dans un siècle qui se pique de civilisation et de morale, et au milieu d'un entraînement pour des idées ascétiques qui rappellent parfois les convulsionnaires de Saint-Médard. Au point de vue chirurgical, on regrette que M. Velpeau n'ait pas cru devoir inciser le rectum à droite et à gauche, pour faciliter la sortie du corps étranger, moyen déjà proposé par plusieurs auteurs; cette mesure, néanmoins, n'aurait probablement pas empêché la fin tragique, car le désordre est tout entier dans l'inflammation provoquée par le séjour du corps étranger. Les manœuvres difficiles qu'on a dû exercer ont pu sans doute aggraver cet état, vu qu'elles portaient sur des tissus déjà malades; mais puisque le forceps a pu être introduit, il est clair que les incisions n'auraient pu qu'ajouter à la cause de la réaction. Il ne faut pas oublier que les phlogoses suppurantes du rectum sont extrêmement graves par elles-mêmes, et même mortelles, pour peu qu'elles aient une certaine étendue. Nous avons vu autrefois un jeune homme être opéré par M. Roux, a l'hôpital de la Charité, d'un énorme abcès phlegmoneux à la marge de l'anus, avec décollement du rectum. On a fendu cet intestin dans le lieu du décollement. La réaction a été si violente, que le malade est mort. A l'autopsie, on a trouvé une rectite étendue et un abcès dans le foie.

Fracture du col du fémur. — Chez un vieillard qui vient d'être reçu dans la salle Sainte-Marthe, avec une fracture de ce genre, M. Denonvilliers a prescrit, après quelques jours de repos, la déambulation au grand air à l'aide de béquilles. Ce système, dont l'indication est due à A. Cooper, est ce que l'art peut adopter de mieux contre une lésion incurable par elle-même, et dans laquelle un long séjour au lit a de funestes conséquences dans un âge avancé. Il a été prouvé suffisamment, d'autre part, que si guérison il y a dans ces occurrences, elle n'est pas moins bien obtenue dans l'une que dans l'autre pratique.

Tumeurs blanches articulaires. *Bains locaux alcalins.* — On voit, en ce moment, dans le service de M. Roux, deux cas de tumeurs blanches, l'une au poignet, l'autre au coude-pied, en voie de guérison par résolution, et avec retour des mouvements de l'articulation. Le remède qui paraît réussir le mieux à M. Roux, après que l'état inflammatoire aigu a été dissipé à l'aide de sangsues, de cataplasmes, de la pommade mercurielle et du repos, c'est le bain local alcalin très prolongé. Des deux malades qui sont en ce moment dans ses salles : l'un, c'est un homme; il tient son pied et sa jambe affectés dans un bain de pied alcalin, tiède, pendant plusieurs heures par jour : l'autre, c'est une jeune femme ; elle tient la main, l'avant-bras et une partie du bras dans un liquide pareil pendant une partie de la journée, et il est remarquable comme les malades se sentent soulagés, et se plaisent dans cette espèce de résolutif. Le bain est préparé tout simplement avec de la potasse. L'infirmier met dans un bain de pied ordinaire, c'est-à-dire dans une douzaine de litres d'eau tiède, une pleine poignée, à main ouverte, de potasse grossière, et qui peut être évaluée à 200 grammes environ. L'eau prend une teinte légèrement grisâtre ou louche. Ce bain est renouvelé chaque fois.

— Dans cette application, on doit tenir compte surtout de l'absorption du liquide, non seulement dans la région malade, mais dans tout le reste du membre qui plonge pendant longtemps dans le liquide médicamenteux. L'action de la potasse, comme celle de tous les composés métalliques est hyposthénisante, et c'est comme tel que le bain local alcalin produit d'excellents effets dans les tumeurs blanches articulaires. Qu'est-ce, en effet, qu'une tumeur blanche, et quelles sont les indications dynamiques que cette maladie présente? On ne saurait y voir qu'une phlogose sourde des parties molles et dures avec des produits propres à l'inflammation. On ne peut en obtenir l'amélioration ou la guérison que par des moyens qui agissent directement ou indirectement en hyposthénisant les tissus. On se plaît communément dans ces cas à faire inter-

venir la prétendue révulsion, et l'on ne réfléchit point que c'est là une véritable chimère. Le bain local alcalin, au reste, tel que nous venons de l'indiquer, est en usage dans tous les hôpitaux de Paris. On s'imagine que ce bain agit comme irritant externe; il n'en est rien, sa vertu est toute entière dans l'absorption de l'alcali, et il peut être heureusement remplacé par le bain de nitrate de potasse que nous avons indiqué dans le 1er vol. de ce jour., p. 60. Au surplus, il ne faut pas oublier que les tumeurs blanches se guérissent plus facilement lorsqu'elles existent au poignet qu'au pied ou au genou.

Hôpital Saint-Louis (M. Jobert).

Kyste laiteux au sein (*Cas rare*). — Une jeune femme, âgée de 26 ans, de bonne constitution, est entrée pour être traitée d'une tumeur qu'elle portait au sein droit. Cette tumeur offre le volume d'une tête d'enfant de neuf mois, elle est globuleuse, sans changement de couleur à la peau, indolore, rénitente, à peine compressible, mais manifestement fluctuante, offrant la sensation d'une vessie très remplie de liquide, elle est très mobile à la base et peut même être déplacée un peu sous les téguments. La peau qui la couvre est mince, flasque, roulante et offre sous les doigts la sensation de petits corps granuleux qui seraient placés dans le tissu cellulaire sous cutané, deux grosses veines sillonnent sa surface dans le sens vertical. Cette tumeur est placée précisément au côté interne du mamelon et de la glande mammaire; elle est pendante, et par son développement elle a refoulé la glande en haut et en dehors; la glande cependant paraît lui adhérer en partie. L'exploration à la chandelle n'accuse pas de transparence. En comprimant le mamelon on peut faire sortir du lait; il en est de même cependant à l'autre mamelle car la femme est accouchée depuis deux mois. Voici maintenant le commémoratif rapporté par la patiente. Elle a fait quatre enfants, la tumeur s'est déclarée, il y a six ans, à la suite de son premier accouchement; dans le principe elle n'était que petite, et, lorsqu'elle la comprimait, du lait sortait par le mamelon, même longtemps après l'accouchement. Après le second accouchement, la tumeur s'est accrue encore, et ainsi de suite après les deux autres, et toujours la compression faisait sortir du lait par ce mamelon, de sorte que la femme dit que depuis son premier accouchement le lait n'avait jamais disparu complétement de ce sein. La tumeur cependant avait acquis son plus grand développement depuis la dernière couche, elle était devenue beaucoup plus grosse qu'elle n'est en ce moment, s'accompagnait de douleurs distensives et la malade n'avait pu se soulager qu'en faisant sortir du lait à l'aide de la compression répétée; cela avait fait en même temps diminuer de beaucoup la tumeur. Tel est l'historique de la maladie. M. Jobert a diagnostiqué un kyste. Personne cependant ne se doutait de la nature du liquide qu'il pouvait contenir. Au moment de l'opérer, M. Jobert a trouvé sous la main un petit troiquarts et il y a pratiqué une ponction exploratrice; on a été étonné de voir jaillir un jet de lait pur; on en a laissé sortir près d'un verre qu'on a envoyé au laboratoire de la Faculté pour être analysé. Ce lait était inodore et offrait une petite teinte opaline comme le meilleur lait de femme. M. Jobert n'a pas pensé qu'il fût possible de guérir cette tumeur par l'évacuation du liquide et l'injection de substances irritantes dans le kyste, par la raison que la capacité de la poche était énorme et ses parois étaient trop minces et flasques pour pouvoir se rétracter et se recoller. La patiente demandait d'ailleurs à être débarrassée par le procédé le plus expéditif, attendu qu'elle était empressée de quitter l'hôpital. L'opérateur a donc fait avec le bistouri une incision ovalaire, afin d'enlever une partie des tissus trop flasques, il a disséqué ce lambeau; le kyste a été ouvert et il a donné issue à un jet énorme de lait (une pinte environ); la dissection à l'aide de ciseaux, du bistouri et de pinces a fini par enlever complétement la poche d'enveloppe. Vers la partie supérieure et externe le kyste adhérait à la glande mammaire et se rattachait à d'autres petites tumeurs voisines; on a parfaitement disséqué et emporté tout ce qui a paru malade. La plaie a été abstergée, plusieurs petits vaisseaux ont été liés, puis on s'est aperçu que l'endroit du fond qui correspondait à la glande mammaire laissait échapper du lait au milieu du sang. Ce lait provenait effectivement de quelques vaisseaux galactophores qui communiquaient avec le kyste et qui ont dû être divisés. Réunion de la plaie par première intention.

La dissection de la pièce a offert des conditions aussi remarquables, qu'inattendues. Le kyste principal présente une grande étendue, il est mince et lisse comme les kystes séreux; son milieu offre une ulcération manifeste, véritable érosion de la largeur d'un écu, à bords élevés et irréguliers; le fond de cette ulcération paraît un peu infiltré de lait. En regardant attentivement la surface de cette poche séreuse, on remarque différents petits trous, un entre autres qui permet le passage d'un stylet et conduit à un petit groupe de granulations de la glande mammaire et qui avait été excisé avec le kyste. Ce conduit a été reconnu manifestement pour un conduit galactophore élargi; il en est de même de plusieurs autres. Ainsi, il a été évident que des vaisseaux galactophores hypertrophiés, élargis, provenaient de différents groupes de granules de la glande mammaire, communiquaient dans le kyste et avaient versé incontestablement le lait qu'on y avait rencontré. Cela explique déjà comment il se faisait qu'en comprimant la tumeur la femme faisait jaillir du lait par le mamelon et diminuer son volume. Quant aux autres kystes latéraux, ils étaient au nombre de trois ou quatre dont un du volume d'un œuf, les autres d'une noisette environ; ils contenaient tous du lait et communiquaient avec des groupes de granulations de la glande.

— On a parlé, dans plusieurs ouvrages, des kystes laiteux de la mamelle; Dupuytren en faisait lui-même mention dans ses cours. Mais, il faut le reconnaître, on ne trouve nulle part une description générale de ces tumeurs, et les quelques détails qu'on rencontre sur des faits particuliers sont si légers, qu'on peut avancer, sans crainte d'être démenti, que ces sortes de kystes sont encore à étudier. Un travail, cependant, vient de paraître sur ce sujet à Londres; il est de main de maître (de M. Brodie). Nous le donnons en entier dans ce numéro; cela nous dispense d'entrer dans une discussion à l'occasion du fait que nous venons de rapporter. Nous nous contenterons seulement de faire remarquer que la description générale de M. Brodie se trouve parfaitement confirmée par le cas de M. Jobert. Il est impossible, en effet, de ne pas reconnaître, après mûre réflexion, que ces kystes sont bien le résultat d'une dilatation de quelques conduits galactofores en origine, et que l'ulcération qu'on a rencontrée dans le cas de l'hôpital Saint-Louis était

le commencement d'un travail fongueux qui se développe à une certaine période de la maladie, ainsi qu'on peut le voir dans les faits de M. Brodie. Disons enfin que, d'après le chirurgien anglais, il serait de rigueur d'emporter toute la mamelle, tandis qu'il est probable que la malade de M. Jobert guérira sans d'autre ablation que celle du kyste. Reste à savoir, néanmoins, si les petits conduits qui donnaient du lait dans le fond de la plaie s'oblitèreront, ou s'ils ne peuvent donner naissance à un nouveau kyste ; c'est ce que le résultat nous apprendra.

Hypertrophie de la prostate. Scarifications. — Un homme âgé d'une cinquantaine d'années est entré pour être traité d'une cystite purulente, avec une hypertrophie énorme à la prostate, dysurie et fistules périnéales. Ses urines sont très chargées de pus. M. Jobert, après avoir affaibli la phlogose par divers moyens, a attaqué directement la cause matérielle de ces désordres, l'hypertrophie de la prostate, et facilité ainsi l'écoulement des urines, et par là aussi la guérison des fistules. Pour cela il a fait usage d'une sonde métallique ordinaire, sur la courbure de laquelle se trouvent engaînées et soutenues par une tige trois petites lames tranchantes, analogues à celles des scarificateurs des ventouses. Les lames restent cachées quand on introduit la sonde dans la vessie, puis, en la retirant un peu, on pousse la tige et les trois lames sortent en direction divergente ou en bouquet ; en retirant alors la sonde, comme pour la faire sortir, on coupe la prostate ; cela fait, on la rentre dans la vessie, on rengaîne les lames et on l'extrait ensuite. L'opération a été à peine douloureuse. M Jobert l'a pratiquée souvent avec un avantage marqué dans tous les cas d'hypertrophie de la prostate : il ne met pas de sonde en permanence ; il paraît que l'humidité naturelle des parties suffit pour empêcher les incisions de se réunir.

Kyste de l'urètre chez la femme. — Une femme âgée de soixante ans environ est entrée pour une affection carcinomateuse du col utérin ; le spéculum fait reconnaître en effet dans cette partie une masse encéphaloïde engendrée à toute la face interne du col, et s'offre à travers cette ouverture sous forme de fongus hématodes, saignant très abondamment au moindre attouchement. A part cette maladie, cette femme présente, dans l'épaisseur du bord inférieur du méat urinaire, une petite tumeur blanche, transparente, du volume d'une noix et de forme allongée, se dirigeant d'avant en arrière le long de l'urètre et dans l'épaisseur de la paroi supérieure du vagin. Le kyste a déplacé le méat urinaire de bas en haut, il est manifestement muqueux et analogue à une petite grenouillette. Comme sa présence gênait l'entrée du spéculum, M. Jobert l'a excisé partiellement, il en a enlevé la parois antérieure et cautérisé le fond avec la pierre infernale ; le liquide qui en est sorti était blanc et filant comme du mucus épaissi. Nous ne sachons pas que cette espèce de tumeur du méat urinaire chez la femme ait encore été signalée ; c'est le second exemple de ce cas que M. Jobert rencontre.

Hôpital Beaujon (M. Robert).

Commotion cérébrale. Bons effets de l'infusion de café. — Un cocher de cabriolet, âgé d'une cinquantaine d'années, a été renversé par une voiture et sa jambe a été écrasée par la roue ; il a éprouvé de la commotion cérébrale. A l'examen, on a trouvé que la fracture siégeait vers le milieu du tibia ; le fragment supérieur offrait une pointe allongée sortant à travers la peau ; on a voulu réduire et l'on n'a pu réussir ; la peau étant entraînée en arrière avec le fragment lui-même quand on exerçait des tractions. L'élève de garde a débridé un morceau de peau à l'endroit de la pointe osseuse, mais la réduction n'a pas été possible. Le lendemain, M. Robert a pratiqué deux profondes incisions verticales, l'une le long du fragment sorti, l'autre parallèle à la précédente et sur le front de la jambe ; ces deux incisions, de la longueur chacune de 10 à douze centimètres (3 à 4 pouces), ont mis le fragment à découvert et détendu les parties gonflées ; néanmoins la réduction n'a point été possible. M. Robert a soumis le membre à une irrigation continue d'eau froide et combattu la commotion par des saignées. La réaction locale a été intense, cependant elle paraît avoir été dominée par la médication énergique qu'on a mis en usage. Néanmoins le malade est resté dans un demi-état de stupeur et d'apathie, par suite de la commotion. M. Robert l'a mis alors à l'usage d'une infusion de café comme tisane. Dès le premier jour déjà, le malade offrait un changement notable : il a paru se dégourdir et présenter une sorte d'agitation cérébrale ; le lendemain on a continué et il s'est trouvé parfaitement. Dès lors ses fonctions cérébrales ont repris leur rhythme naturel et l'usage du café a été discontinué. Dans un cas analogue, chez une des victimes de l'accident arrivé le 8 mai 1842 au chemin de fer de Versailles, une jambe était écrasée, il fallait amputer, mais on n'osait pas à cause de l'état de stupeur du cerveau ; une sorte d'hébétude, provenant sans doute de la commotion, présageait en effet les plus mauvais résultats. M. Robert a soumis le malade à une boisson de café avant de prendre un parti, et bientôt l'état du cerveau se rétablissant, il a pu pratiquer l'opération avec un plein succès. Dans l'un et l'autre cas, le café a paru exercer une heureuse influence contre l'état de torpeur encéphalique, et c'est là un résultat digne d'attention, car les occasions de cette application s'offrent, comme on sait, très fréquemment dans la pratique des hôpitaux comme dans celle de la ville.

— La torpeur encéphalique dont il est question dans ces observations se rattache, d'après l'état actuel des connaissances, à un état de congestion de l'appareil sensorial. Pour nous, qui regardons le café comme un hyposthénisant vasculaire à action élective céphalique, le résultat de l'application précédente n'est qu'une confirmation pure et simple des faits que nous avons déjà publiés (*V.* n° d'avril 1844, p. 9). Les personnes cependant qui rattachent aux effets du café des idées de stimulation raisonnent autrement. Nous ne voulons pas reproduire ici une discussion que nous avons naguère exposée dans l'article indiqué ; nous y renvoyons le lecteur.

Hôpital de la Charité (M. Velpeau).

Hypertrophie du prépuce. *Opération intéressante.* — Un jeune homme allemand portait dès la naissance un phimosis très prononcé. L'ouverture prépuciale s'était, à la longue, tellement rétrécie que l'urine ne sortait que par un petit jet très fin, elle refluait dans une sorte de concamération circulaire, irritait de plus en plus le prépuce, et en faisait bomber la base d'arrière en avant, ce qui contribuait encore à rétrécir le méat déjà très fin. Il en est résulté des rétentions d'urine à diverses reprises, et c'est pour un accident de ce genre que le malade s'est fait recevoir à l'hôpital. A l'examen, son pénis a offert exactement le volume et la forme d'un battant de cloche ou d'une énorme poire, le bout inférieur était aussi gros qu'un poing d'homme adulte

le prépuce, bien que lice à sa face externe, présentait une épaisseur éléphantiaque, il était mou cependant, et en le maniant, il donnait la sensation d'une masse de tissu scrotal qu'on serrerait à pleine main; son ouverture antérieure était capillaire et presque oblitérée, la vessie était pleine et le malade ne pouvait uriner. Le premier soin de M. Velpeau a été de pénétrer par ce pertui préputial, à l'aide de bougies fines d'abord, puis d'une petite sonde jusqu'au méat urinaire qu'il a fallu chercher en tâtonnant; le trajet en était assez long. Cette embouchure franchie, il est arrivé jusque dans la vessie, ce qui n'a pas été sans de sérieuses difficultés, vu que tout le canal urétral était rétréci, soit par effet de la phlogose réactionnelle que l'étranglement antérieur avait occasionnée, soit par le serrement compressif prolongé que tout le trajet avait dû éprouver de la part d'un fourreau aussi monstrueusement épaissi; enfin la vessie a été vidée et le malade soulagé. Il restait à prendre un parti ultérieur pour metttre les organes en état de fonctionner convenablement et sans s'exposer au retour des accidents : M. Velpeau a donc commencé par s'orienter sur l'état du gland et de ses rapports avec les tissus ambiants; il a fendu sur le dos cette espèce de massue herculéenne, comme un phimosis ordinaire, mais le gland étant petit, et les parties enveloppantes très hypertrophiées et allongées, une grande distance existait entre l'ouverture du prépuce et la tête atrophique du pénis : cette division n'a fait par conséquent que rendre plus facile le cathétérisme, et c'en était assez pour le moment. Des topiques émollients, le repos, des manœuvres dilatantes tous les jours, ont, en peu de temps, amené le dégorgement, la détention et le dégonflement des parties. Le volume de la masse pyramidale était enfin réduit de moitié, mais le gland restait toujours invisible, enseveli sous un énorme capuchon éléphantiaque. C'est dans cet état que le malade a été conduit à l'amphithéâtre pour subir l'opération suivante.

M. Velpeau s'est proposé de lui enlever la masse excédante de la tumeur dermique, et de lui créer un nouveau prépuce en renversant de dedans en dehors la muqueuse jusqu'aux points où des adhérences probables entre le gland et les tissus adjacents le lui auraient permis. Pour cela, il a décrit avec le bistouri un ovale allongé d'avant en arrière sur la verge, en partant du bout postérieur de la fente ci-devant indiquée, et se terminant sur ce même point. Le diamètre antéro-postérieur de cet oval était bien de cinq à six centimètres environ. L'opérateur a disséqué circulairement cette plaie d'arrière en avant, avec la précaution de conserver la membrane muqueuse, et il a enlevé une masse du volume d'une pomme. Cette masse était épaisse et blanche, comme certains lipomes infiltrés de fibrine coagulée. La muqueuse prépuciale a été alors fendue sur trois ou quatre lignes d'avant en arrière, et l'on a découvert le gland qui gisait au fond de cette espèce de chemise, et qu'on a fait saillir en fendant cette membrane. Sa couronne adhérait circulairement à la muqueuse, de sorte qu'il n'a pas été possible de le découvrir en totalité. M. Velpeau a alors renversé de dedans en dehors la membrane en question, à l'instar d'une manchette, et comme elle était très longue, elle a pu s'adapter sur toute la plaie, la couvrir, et son bord venir s'affronter avec le bord sanglant de la peau externe. Cet affrontement a été effectué à l'aide de cinq à six points de suture, avec des fils fins. Le nouveau prépuce s'est trouvé ainsi formé par la muqueuse renversée sur elle-même et par la peau du fourreau. Le bord est resté toujours un peu épais, et il couvre complètement le gland, mais son ouverture est très large et présente momentanément la forme d'un chapeau à trois cornes, regardé du côté du creux, par suite des trois fentes qu'on a dû opérer pour renverser l'espèce de boyau muqueux; mais tout cela se conformera sans doute plus régulièrement plus tard, par suite du dégorgement spontané des parties. L'important est que la portion non adhérente du gland se trouve dans les conditions voulues de liberté pour fonctionner efficacement d'après le vœu de la nature. Ce but a été atteint parfaitement; car aujourd'hui, troisième jour révolu, les fils ont été ôtés et les parties se trouvent réunies dans l'état le plus satisfaisant. Ce patient peut être déjà considéré comme guéri de la difformité et de l'infirmité, mais la peau du fourreau reste toujours hypertrophiée, ainsi que nous l'avons dit. Il serait intéressant de pouvoir revoir ce jeune homme plus tard.

— Comme opération et comme remède, ce fait offre un grand intérêt. On connaît à peine quelques cas de ce genre au point de vue pathologique, et nous ignorons si une pareille occasion de restauration autoplastique s'était encore présentée. La dégénérescence éléphantiaque du prépuce, en effet, ne s'offre pas ordinairement dans des conditions aussi favorables que chez ce jeune homme, pour se laisser attaquer heureusement par la main du chirurgien. Le jeune âge du sujet, la cause de la maladie, les conditions de celle-ci, les accidents qu'elle avait amenés, et enfin le mode opératoire lui-même, avec le résultat heureux du traitement, tout offre un intérêt spécial dans cette observation et place ce mode de restauration au nombre des plus beaux cas de la chirurgie.

Hypertrophie énorme du clitoris. — Par une singulière coïncidence, un cas analogue au précédent, dans l'autre sexe, mais d'un volume bien autrement monstrueux, vient de se présenter dans les salles de M. Velpeau. Il s'agit d'une femme jeune encore, affectée d'une vérole ancienne, et dont le clitoris est converti en une sorte de masse tubéreuse, de volume d'un demi-poing d'homme adulte. Cette masse sort de la partie supérieure de la vulve et reste en un état de demi-érection. Sa forme est presque ronde, sa surface ridée et couverte de tubérosités de volume variable. Au premier aspect, on croirait voir, à une certaine distance, les organes génitaux du sexe masculin, ou un hermaphrodite; cette impression persiste même quelques instans en s'y approchant, et même en touchant la masse. On ne tarde pas cependant à s'y orienter; on reconnaît alors que la masse est formée par le clitoris lui-même, épanoui par intussusception, par véritable hypertrophie morbide, et non par végétations fongueuses. Sa surface est sèche et couverte de son épiderme; sa consistance est mollasse comme celle du prépuce du jeune homme dont nous venons de parler; elle semble formée de graisse épaissie ou d'albumine coagulée, et se laisse manier aisément. Sa base est pédiculée, et elle est évidemment formée par la racine du clitoris, grossie comme le volume de la première phalange du doigt indicateur ou du pouce. Ce pédicule est lisse, consistant, indolore à la pression, de la longueur de deux centimètres environ. De là, part une expansion globulaire, bilobulée et allongée comme si elle était formée de deux petites grappes de raisin unies ensemble. La grappe droite est la plus volumineuse; la gauche l'est moins et présente latéralement un point enflammé, comme excorié ou ragadé et extrêmement douloureux au toucher. Nous venons déjà de dire que la surface de ces deux tumeurs, tout en étant lisse, est couverte de tubérosités comme de grains de raisin. Les grandes lèvres, un peu hypertrophiées elles-mêmes, l'encadrent latéralement et en haut, où la commissure est écartée. Sur cette commissure elle-même, on voit plusieurs tubérosités semblables

aux précédentes. Inférieurement, et à la marge de l'anus, existe un magnifique bouquet de crêtes de coq, condylomes et autres excroissances spécifiques diversement figurées. La constitution est dans un état extrêmement délabré, cachectique et faible. Un écoulement existe par le vagin et peut-être aussi par l'anus. La patiente a eu des chancres et autre chose encore probablement il y a longtemps; elle s'est aperçue du développement de son clitoris il y a cinq à six ans, et le mal est allé toujours en croissant. Il serait curieux de savoir quelles étaient autrefois les habitudes secrètes de cette femme et ses penchants pour l'un ou l'autre sexe ; mais des aveux sur ces questions délicates sont toujours difficiles à obtenir d'un sexe naturellement enclin à la réticence. M. Velpeau se propose d'opérer cette malade, après l'avoir préparée convenablement par un traitement interne. Nous reviendrons sur ce fait remarquable.

— On ne peut douter que l'hypertrophie clitorienne ne soit chez cette femme liée à un état morbide constitutionnel. Les détails sur le commémoratif avoué, la forme et le siége des végétations ne laissent pas d'obscurité sur la nature de la maladie. Il s'agit donc d'une cachexie syphilitique, indépendamment des excroissances. Aucun symptôme de syphilis tertiaire n'existe, les systèmes fibreux et ostéique ne paraissant pas attaqués. Le traitement général est donc ici celui de la vérole secondaire, basé sur le protoïodure de mercure et les ferrugineux ; du moins, c'est par là que les règles de l'art prescrivent de commencer. L'avenir nous apprendra le reste.

Faits divers. *Application de la pâte de frère Côme.* — M. Velpeau est partisan de l'usage des caustiques potentiels, quand il s'agit d'attaquer surtout certaines affections cancéreuses de la face qu'on appelle *noli me tangere;* il a fait de nombreuses expériences avec la pâte de chlorure de zinc, et dernièrement encore avec une autre pâte ayant pour principe destructeur l'acide sulfurique, ce qui donne une escharre noire comme un charbon. M. Monod cependant, qui faisait en même temps, de son côté, des expériences du même genre avec la pâte arsénicale de frère Côme, a montré à M. Velpeau une tumeur cancéreuse qui était tombée comme par énucléation de ses parties profondes par le seul fait de l'application superficielle de la pâte. De là cette conséquence que le caustique agissait moins par son action chimique destructrice, directe, que par l'espèce d'intoxication dynamique qu'elle produisait sur les tissus profonds, ce qui amenait le détachement spontané des racines de la tumeur. Cette observation, que M. Monod a déjà eu l'occasion de faire plusieurs fois, a engagé M. Velpeau à entreprendre une nouvelle série d'expériences avec ce caustique; il vient de l'appliquer sur deux sujets qui se trouvent en ce moment dans son service; l'un portait un cancer du volume d'un œuf à la pommette, s'étendant vers l'arcade zygomatique; une partie de cette tumeur avait déjà été détruite à l'aide de la pâte sulfurique, l'autre partie vient d'être attaquée avec le caustique arsénical. L'autre malade présentait sur la joue droite un cancer ulcéré, sec, à bords relevés, du volume et de la forme d'une pièce de deux francs. M. Velpeau a versé un peu de salive dans un petit pot en faïence, puis avec une spatule il y a incorporé la poudre arsénicale petit à petit, de manière à en faire une pâte semi-liquide ou mollasse comme une pommade; il l'a étalée avec la même spatule dans le creux et à la surface de la tumeur, y formant une couche de l'épaisseur d'une pièce d'un franc. Sur cette couche ainsi modelée, parfaitement limitée, il a mis un petit plumasseau fait avec de la toile d'araignée, ce qui est doux comme du coton et s'est collé sur la pâte, lui servant à la fois de couverture et de barrière périphérique. Cela fait, le malade a été engagé à rester couchée sans bouger, jusqu'à ce que la partie se serait desséchée et indurée. Le lendemain, la plaque était sèche et dure comme du parchemin, le malade ne souffrait pas. Nous reviendrons sur ces faits. Rappelons en attendant que la poudre dite de frère Côme, dont on fait une pâte à l'aide de la salive, n'est qu'une grotesque imitation de plusieurs autres poudres analogues dont on trouve les formules dans F. de Hildan et ailleurs : elle est rouge, à cause du sulfure rouge de mercure avec lequel l'acide arsénieux se trouve combiné; cet acide n'y entre que dans la proportion d'un douzième environ. On y fait entrer du sang dragon, à quoi bon ? La formule de Dupuytren est évidemment plus rationnelle, et expose moins à l'absorption toxique, mais elle est moins énergique; l'arsénic y entre dans la proportion d'un vingt-quatrième.

Hôpital de la Pitié (M. Lisfranc).

Excision de la paupière inférieure. — Un homme, âgé de 50 ans passés, portait une petite tumeur cancéreuse à l'angle interne de l'œil droit. M. Lisfranc l'avait excisée il y a plusieurs mois, en fendant angulairement la commissure correspondante. Des soins particuliers avaient été pris pour empêcher la coarctation de la fente palpébrale, mais le tissu inodulaire qui s'en est suivi a été si abondant que les paupières se sont trouvées jointes ensemble dans leur quart interne après la guérison, et la difformité était choquante, bien que cela n'empêchât pas la vue de s'exercer dans une certaine limite. Craignant que cette difformité ne tînt à l'inexactitude dans les pansements, M. Lisfranc a excisé tout le tissu inodulaire et fendu de nouveau l'angle caronculaire jusqu'à la racine du nez; mais les suites n'ont pas été plus heureuses, et le malade est sorti guéri de son cancer au prix d'une atrésie palpébrale (blépharophimosis). Aujourd'hui le malade est revenu à l'hôpital avec une récidive du cancer; le bord interne de la paupière inférieure offre vers son milieu une ulcération squirrho-cancéreuse, se prolongeant vers la cicatrice par une traînée blanche et dure; de dessous cette cicatrice il jaillit des végétations fongueuses, plates, d'apparence muqueuse. L'œil était en bon état d'ailleurs. Que faire dans cet état de choses? On aurait pu sans doute enlever le mal et songer à une autoplastie. Nous avons rappelé à M. Lisfranc l'opération récente de M. Gerdy (*V.* p. 58, 106, 1844). Dès lors l'excision de la presque totalité de la paupière a été arrêtée et exécutée de la manière suivante : le malade étant couché, les paupières ont été écartées ; l'opérateur a embroché le milieu de la paupière inférieure sur le point cancéreux et l'a soulevé fortement, puis avec de forts ciseaux courbes il a fendu le tarse près de l'angle externe, obliquement de haut en bas et de dehors en dedans; il a continué à couper et a enlevé les deux tiers internes du voile palpébral jusqu'à sa base; puis, continuant l'incision en demi-cercle en dedans, il a ébarbé l'ancien tissu inodulaire malade et les végétations sous-jacentes. Tous les éléments morbides appréciables ont été ainsi enlevés, y compris le point lacrymal et la caroncule. L'artère palpébrale a donné abondamment ; on l'a tordue. Une éponge appliquée dessus a suffi, au reste, pour arrêter le sang. On pansera à plat et on laissera agir la nature ; la peau de la joue remontera par le travail de la cicatrice et la paupière se trouvera ainsi réformée par autoplastie naturelle. La seule crainte qu'on peut avoir est

celle d'une nouvelle récidive. Nous ne perdrons pas de vue ce malade.

— Le principe de l'excision pure et simple des paupières dans certaines affections de ces voiles est désormais un fait acquis à l'art, et l'on peut s'y conformer sans la moindre appréhension. M. Lisfranc s'est rappelé lui-même qu'il avait autrefois extirpé l'œil, et les paupières à un homme pour une affection cancéreuse, et il a été étonné de voir que la peau du sourcil, et celle de la joue s'étaient rapprochées, et avaient couvert la fosse orbitaire, de telle sorte, qu'au devant de cette cavité, elles formaient comme une *peau de tambour* (expression de M. Lisfranc). Ce qu'il y a de plus important encore au milieu de tout cela, c'est que le globe oculaire conserve l'intégrité de ses fonctions, malgré une pareille excision. Il faut toujours, cependant dans ces cas, s'attendre à un blépharophimosis, ainsi que nous l'avons déjà dit; la fente palpébrale devient ronde, mais elle n'empêche pas la vision de s'exercer.

Tumeur hydatique au dos. — Une jeune personne, âgée d'une vingtaine d'années, de bonne constitution, et jouissant d'une santé parfaite, portait sous l'omoplate du côté droit, et un peu dans la direction verticale de l'aisselle une tumeur plate, du volume de la tête d'enfant, indolore, sans changement de couleur à la peau, un peu mollasse, et comme fluctuante au toucher. Au dire de la malade, cette tumeur n'avait pris du développement que depuis six mois. Les avis avaient été partagés sur sa nature; les uns y voyaient un abcès froid, les autres un lipôme. Une ponction exploratrice à l'aide d'une aiguille à cataracte, puis, d'un petit trois quarts, n'a donné cependant issue à aucun liquide. Dès lors, la présomption d'un lipôme presque diffluant a paru plus probable. Cependant, quand on circonscrivait d'une main la grosseur, de manière à la faire bomber de la circonférence de la base vers son milieu, la fluctuation était évidente; en la palpant ainsi fortement, on sentait sous les doigts une sorte de craquement glissant, comme de l'amidon qu'on écraserait; c'était là un signe univoque d'hydatides. Ce diagnostic, d'un kyste hydatique, a donc été posé et soutenu en dernier lieu. On se trouvait ainsi en présence de trois présomptions sur la nature de la tumeur; M. Lisfranc a, en conséquence, enfoncé un petit bistouri dans le milieu de la tumeur qu'on avait fait convenablement bomber. A l'instant, de la sérosité s'est écoulée, et avec elle des espèces de chiffons membraniformes; c'était des débris d'hydatides. L'opérateur a élargi l'incision en haut et en bas dans l'étendue de 12 centimètres environ (4 pouces). Des masses de chiffons hydatiques se sont écoulées à l'instant avec de la sérosité. Ces hydatides offraient quelque chose de particulier, elles ressemblaient beaucoup à certains polypes muqueux des fausses nasales; on pouvait les manier, les écraser, elles glissaient entre les doigts, et présentaient de longs débris membraniformes transparents, analogues aux débris de la membrane amnios qui accompagnent le placenta. Les doigts portés dans le kyste ont reconnu que celui-ci était profond, qu'il s'étendait d'une part sous les muscles pectoraux jusque au-dessous de la mamelle, de l'autre, sous le grand dorsal, et jusqu'à la face costale de l'omoplate. Ses parois paraissaient minces comme un voile; M. Lisfranc en a déchiré et emporté plusieurs lambeaux, le reste a été abandonné à la suppuration. Pansements dirigés dans ce but. L'ouverture est assez grande pour permettre un rembourrement léger avec de la charpie, et favoriser l'écoulement du pus. M. Lisfranc a pensé avec raison qu'il n'était pas sans danger de fendre complétement cette énorme poche séreuse.

— Le premier point intéressant, dans cette observation, est relatif au diagnostic. On a dû remarquer que ce qui a caractérisé la poche hydatique, dans ce cas, a été la sensation de glissement que nous avons indiquée. Pour cela, il était indispensable, dans le toucher, de faire bomber la tumeur. Le siége de la maladie, sa profondeur, l'énormité de sa capacité, la nature particulière de son contenu, le résultat négatif de la ponction exploratrice avec un petit trois-quarts, sont autant de circonstances dignes de remarque, et qui donnent à ce fait une valeur pathologique réelle. Dupuytren avait pour pratique, dans ces sortes de tumeurs, de ne faire qu'une incision modérée pour les vider; puis il y injectait de l'eau salée ou chlorurée. Cette méthode, cependant, est beaucoup plus longue que celle du pansement par rembourrement; on la réserve aujourd'hui pour les kystes qui occupent les cavités viscérales. Nous avons rapporté, il y a quelques mois, un exemple de ce cas, rencontré dans la fosse iliaque et opéré par M. Blandin: le malade est mort; et un autre dans la région du foie, opéré et guéri par M. Robert. Nous n'examinerons pas l'origine de ces sortes de tumeurs, car cette question échappe tout à fait à l'état actuel de la science. Une circonstance utile, néanmoins, à rappeler, c'est que le liquide des kystes hydatiques a quelque chose qui lui est propre: il ne se coagule pas par la chaleur ni par l'acide nitrique, et offre un goût salé. L'analyse chimique n'y découvre que de l'eau et du chlorure de sodium. Lorsque la ponction exploratrice donne un liquide ayant ces deux caractères, on peut, dit-on, deviner la présence des hydatides.

Végétations syphilitiques dans le rectum. — Un homme âgé de quarante-cinq ans environ portait des masses énormes de végétations dans tout le rectum, jusqu'à la hauteur de 10 à 12 centim.; au-delà, la muqueuse paraissait saine. Un bouquet de ces végétations, du volume d'un œuf, sortait de l'anus. L'intestin était rétréci par la présence de ces excroissances; elles étaient dures, sanieuses, saignaient au moindre attouchement et simulaient les apparences du cancer. La santé générale, cependant, n'était pas très altérée. Le patient a déclaré qu'il avait eu la vérole il y a quelques années. M. Lisfranc, dans la présomption que le mal fût syphilitique, a prescrit l'usage intérieur de l'iodure de potassium, et localement des mèches dilatantes. En quelques semaines, l'amélioration a été prononcée; les végétations se sont ramollies, se sont circonscrites, ont diminué de volume et pris un aspect tout à fait bénin. Le rétrécissement a disparu en grande partie. Ce traitement sera continué, et si, par la suite, il sera nécessaire d'en venir à une opération, cela sera beaucoup moins difficile et moins grave que si l'on eût songé de l'opérer de prime-abord. On ne saurait trop insister sur les avantages de la méthode de préparer dynamiquement les malades avant d'en venir à une opération. Ce traitement est d'autant plus important dans les affections cancériformes que leur diagnostic est souvent équivoque.

Hôpital de la Charité (M. Gerdy).

Fongus de la capsule synoviale du genou. — *Compression.* — Un jeune homme, âgé de 30 et quelques années, de constitution lymphatique très détériorée, offre à la face interne du genou une ulcération de la largeur de la paume de la main, et dont le fond donne naissance à une masse fongueuse d'assez mauvaise apparence. Cette masse, du volume d'une demi-orange, émane, selon M. Gerdy, de la face externe de la capsule synoviale, et ne communique pas avec l'articulation. Les mouvements articulaires sont libres, en effet, et ne donnent pas issue à du pus, ainsi que cela arriverait si le mal communiquait avec la cavité synoviale. Cette épreuve est la meilleure qu'on puisse employer, selon M. Gerdy, quand on veut s'assurer si une tumeur liquide déjà ouverte communique ou non avec une articulation voisine. On comprend, en effet, que le jeu des surfaces osseuses fait aisément refluer le liquide s'il y a communication. Une affection de même nature se présente aussi au poignet (face dorsale) chez ce malade. Le fongus ne paraît pas cancéreux ni hématique; il résulte au genou comme au poignet, d'un assemblage énorme de bourgeons, gros comme des noisettes, de couleur grisâtre, mous, d'aspect sordide, et donnant une suppuration abondante et fétide. M. Gerdy traite cette maladie par la compression à l'aide de bandelettes de diachylon, et elle paraît s'amander sous l'influence de ce moyen et du repos. M. Gerdy a rencontré un autre cas de cette rare maladie; c'était au coude, chez un individu auquel il avait amputé la cuisse, et qui s'est refusé à se laisser couper le bras; on le traita par la compression, et il guérit avec ankylose.

— Au point de vue pathologique cette affection est rare, nous la rencontrons pour la première fois. L'inspection attentive de l'articulation conduit à l'idée d'une hypertrophie de toute la capsule synoviale avec exubérance fongueuse à sa face externe. Il nous a semblé que cette affection pouvait être comparée à certains fongus non cancéreux qui s'engendrent quelquefois soit sur la membrane des alvéoles dentaires, et qu'on appelle épulis, soit entre les lames de la mâchoire inférieure. Sa coexistence, à la fois au genou et au poignet, et l'état détérioré de la constitution, font présumer que le mal se rattache à un état diathésique. Il n'y a pas cependant de signes bien évidents de scrofule, bien que le patient offre un aspect pâle et cacochyme; mais enfin cet aspect peut être lui-même un effet de la maladie locale; c'est là un point important qu'il serait à désirer de pouvoir éclaircir. Quoiqu'il en soit, M. Gerdy, pour procéder avec ordre dans le traitement, a commencé par prescrire la compression, il se propose d'y adjoindre l'usage interne de l'iodure de potassium. Il y a déjà un affaissement remarquable dans les végétations par le seul fait de la compression.

Otite suppurante. *Deux cas remaaquables.* (Rédaction de M. Trifet.) — « Dans l'un de ces cas, il s'agit d'un jeune homme âgé de 20 ans, d'apparence scrofuleuse; son mal existe au côté gauche, et s'accompagne d'une lésion du rocher, ce qui le rend très sérieux. Il y a cinq ans que cette maladie a commencé, au dire du malade, par un écoulement purulent et indolore par le conduit auditif. Au bout de quelques mois, il y a éprouvé des bourdonnements et des douleurs, mais, cet état ne l'incommodant pas beaucoup, il n'a eu recours à aucun conseil. Deux ans plus tard, de fortes douleurs se déclarèrent, des éblouissements, des céphalalgies et des tintements continuels. Bientôt un abcès se forma derrière l'oreille, et le malade se trouva soulagé. L'abcès ne se ferma pas entièrement; il resta un trajet fistuleux par lequel il sort par intervalle des flots de pus, et toujours après quelques jours de vives douleurs. Le 4 juillet, quand il est entré à l'hôpital, il offrait l'état suivant : — On remarque derrière l'oreille gauche du gonflement, de la rougeur et beaucoup de sensibilité. A 3 centim. (un pouce) derrière le pavillon, un trajet fistuleux, par lequel un stylet permet de sentir l'os dénudé à une profondeur de 4 à 5 centimètres; un écoulement purulent très abondant et liquide se fait par le conduit auditif externe; la muqueuse de ce conduit est rouge, tuméfiée et très sensible. Voulant s'assurer si la trompe d'Eustache était perméable à l'ari, M. Gerdy a fait faire au malade de grandes expirations, les narines étant bouchées; dans ces efforts, le patient n'accuse pas dans l'oreille malade le coup de piston qui annonce la pénétration de l'air expiré; le pus, cependant, paraît alors fluer en plus grande abondance par le conduit externe et par la fistule, mais sans bulles d'air, ce qui est attribué par M. Gerdy à l'espèce de turgescence qu'éprouvent tous les tissus voisins par l'acte même de souffler. Au reste, l'audition est complétement abolie de ce côté, bourdonnements continuels, point de céphalalgie ni de fièvre; appétit bon, les autres fonctions se font normalement. Pour tout traitement, jusqu'à présent, M. Gerdy s'est contenté de quelques injections émollientes dans le conduit auditif, et comme ce conduit est presque obstrué par le gonflement de ces membranes internes, on le dilate avec de la racine de gentiane. Nous compléterons cette observation, à moins que le malade ne quitte l'hôpital avant la terminaison de sa maladie.

» Dans l'autre cas, c'est un homme âgé de 38 ans, journalier, qui porte un écoulement purulent simple par le conduit auditif du côté gauche. Par son état, il était exposé aux intempéries atmosphériques; il y a huit mois, il a commencé à éprouver de vives douleurs dans cette oreille, s'irradiant au côté correspondant de la tête, puis il s'est aperçu que du pus s'écoulait en abondance. Il avait abandonné la maladie à elle-même jusqu'au 1er juin, lorsqu'il s'est décidé à entrer à l'hôpital. A l'examen, il a offert l'état suivant : Le conduit auditif externe est rempli de matière muco-purulente épaisse; la membrane qui le tapisse est rouge et tuméfiée; douleurs vives dans le côté correspondent de la tête, bourdonnements dans l'oreille, des bruits de cloche, éblouissements, pesanteur à la tête, étourdissements, bouffées de chaleur à la face, surdité. Sa santé générale n'est pas altérée. M. Gerdy a fait appliquer des ventouses scarifiées derrière les oreilles à trois reprises différentes; chaque fois le malade s'en est trouvé soulagé, mais la suppuration ne s'est point tarie. Vésicatoire derrière l'oreille, injections dans le conduit avec une solution de nitrate d'argent. Le malade va mieux, mais il n'est pas encore guéri. »

— Un véritable intérêt pratique se rattache à ces deux observations qu'on peut envisager sous différents points de vue. D'abord, sous le rapport de l'audition, il s'agit là d'une maladie également fâcheuse dans les deux cas. Chez le premier, la trompe gutturale est oblitérée et la caisse est très probablement détruite; de sorte que, quand même la sonde parviendrait à la déboucher, cela ne servirait à rien. On n'a pu néan-

moins explorer encore au spéculum le fond du conduit externe et l'état de la membrane tympanique. Des granulations existent dans toutes ces parties, même dans la caisse peut-être; mais on ignore si les osselets ont été évacués. Cela, au reste, importe peu, la surdité étant presque toujours inévitable du moment qu'une phlogose suppurante a envahi l'oreille moyenne; c'est que les fenêtres, ronde et ovale, sont elles-mêmes altérées dans ces occurrences et perdent aisément la faculté oscillatoire, indispensable à l'accomplissement de la fonction auditive. Dans le second cas, les mêmes remarques sont vraisemblablement applicables. Il est probable pourtant que le cathétérisme de la trompe eustachienne serait utile chez ces deux malades, comme moyen évacuateur du muco-pus. Ensuite, sous le rapport du pronostic général, il est évident que le mal peut devenir excessivement grave chez le jeune homme surtout, bien qu'il ne le paraisse pas pour le moment, les phlogoses suppurantes de cette région pouvant aisément se transmettre aux méninges. Enfin, comme thérapeutique, plusieurs remarques importantes se présentent. D'une part, le point de mire étant de prévenir la propagation du mal vers les meninges, on se trouve en présence d'une indication incessante, les antiphlogistiques; d'autre part, on est pressé par l'urgence d'épuiser la suppuration à l'aide de topiques appropriés. Nous avons cité à ce sujet (*voy.* l'avant-dernier n°, p. 151) une médication locale de l'otorrhée qui est digne d'attention, et à laquelle nous renvoyons le lecteur.

Faits divers. — 1° *Lymphite. Pommade d'iodure de potassium.* Un homme d'âge avancé présentait un groupe de ganglions lymphatiques hypertrophiés dans la fosse iliaque du côté gauche; un de ces ganglions offrait le volume d'un œuf de poule; la cuisse etait œdématiée à sa face interne. M. Gerdy a fait frictionner les parties avec une pommade composée de 15 grammes (demi-once) de graisse et 3 grammes (60 grains) d'iodure de potassium. Le malade s'en est bien trouvé; en dix jours les tumeurs avaient beaucoup diminué, et il est probable que ce seul remède suffira pour amener la guérison. La même pommade est employée par M. Gerdy dans les cas de raideurs articulaires de nature inflammatoire; c'est effectivement un excellent hyposthénisant. On prescrit communément une pommade iodo-potassique dans des proportions plus faibles, le principe salin y étant dans la proportion de 1/8 : c'est la règle pour la plupart des sels métalliques qu'on prescrit en pommade; on peut cependant doubler souvent cette dose avec avantage. On peut également faire dissoudre l'iodure dans de l'eau distillée avant de l'incorporée à la graisse, ce qui augmente singulièrement l'énergie de la pommade, le médicament devenant ainsi très absorbable.

2° *Faux éléphantiasis.* — Une femme enceinte de six à sept mois s'est fait recevoir à l'hôpital pour être traitée d'un éléphantiasis aux deux jambes. Elle prétendait porter ce mal depuis cinq ans. L'examen ne démentait pas ses assertions, car les deux membres offraient toutes les apparences de la maladie des Barbades, au premier degré; le développement était considérable et borné entre les chevilles et les genoux, peau dure et épaisse, pas d'œdème. Les apparences étaient si bien celles de l'éléphantiasis, que M. Gerdy, qui avait souvent rencontré cette maladie à l'hôpital Saint-Louis, avait caractérisé ce cas comme tel. L'état d'un jeune homme de la clinique de M. Blandin, que nous avions sous les yeux depuis deux mois pour cette affection, semblait confirmer le diagnostic. Au bout de quelques jours, la femme est accouchée, et le prétendu éléphantiasis s'est dissipé en un clin d'œil; elle a alors avoué que ses jambes ne s'étaient gonflées que depuis deux à trois mois seulement. *Judicium difficile!*

3° *Kyste hydatique au poignet.* — Dans l'avant-dernier numéro, nous avons parlé d'un cas de kyste hydatique au poignet que M. Gerdy venait de ponctionner d'après la méthode sous-cutanée et de vider. La compression seule a été employée ensuite et une application de sangsues. Il n'est pas survenu d'accidents, et le mal paraissait en bonne voie de guérison vers la troisième semaine, lorsque le patient a demandé son *exeat.* La tumeur ne montrait aucune signe de reproduction, et le kyste semblait vouloir s'oblitérer. On ne peut dire cependant si le malade guérira, mais l'absence d'accidents par cette méthode est déjà un fait acquis très important, puisque les conséquences de la pratique ordinaire (l'ouverture franche et large) sont souvent si formidables. Nous voyons en ce moment même un malheureux ouvrier, à la clinique de M. Lisfranc, qui avait été traité ailleurs pour un de ces kystes à l'aide d'une large ouverture, et qui était venu à la Pitié pour se faire couper le bras, si terrible avait été la réaction phlegmoneuse et suppurante. A force de soins judicieux qui durent depuis 18 mois, M. Lisfranc a pu lui épargner l'amputation, mais l'avant-bras et la main ne forment plus qu'une sorte de palette difforme et peu agile.

4° *Abcès de la gaîne sous-épineuse du scapulum.* — Une jeune femme, âgée de 20 ans, portait un gonflement considérable dans la région scapulaire, sans fluctuation, ni changement de couleur à la peau. Une chaleur mordante et des élancements douloureux, accompagnés de picotements dans le bras et dans l'épaule, étaient les seuls symptômes qui avaient frappé la malade et l'avaient décidée à entrer à l'hôpital. Le bras, l'épaule et toutes les parties voisines de l'omoplate sont douloureuses à la pression; c'est depuis trois jours seulement que ces accidents se sont développés. M. Gerdy, après avoir examiné attentivement la malade, n'ose se prononcer sur la nature de la maladie. Deux jours après, la tumeur est plus tendue, on croit sentir une fluctuation profonde sous le muscle sous-épineux; M. Gerdy y enfonce avec précaution un bistouri; du pus s'écoule; il élargit l'incision, M. Gerdy s'est assuré que le pus était renfermé dans la gaîne du muscle sous-épineux. Ce fait intéresse et par sa rareté et par l'obscurité du diagnostic.

5° *Paraphymosis. Gangrène du prépuce.* — On voit rarement l'étranglement causé par le paraphimosis se terminer par gangrène. Ordinairement, ainsi que M. Gerdy l'a signalé, les tissus retirés derrière le gland s'engorgent, s'enflamment, adhèrent entre eux, s'indurent et cessent de glisser. On a beau les diviser alors, le prépuce ne revient plus en avant, et le gland reste à découvert. Quelquefois ils s'ulcèrent. Chez un malade cependant, qui est en ce moment dans le service de M. Gerdy, non seulement il y a les altérations que nous venons de rappeler, mais encore le prépuce est gangrené inférieurement, du côté du frein, dans l'étendue d'une pièce d'un franc. Le malade n'y accuse pas de souffrance, et il assure n'en avoir jamais éprouvée pendant l'étranglement. C'est peut-être là la raison de la négligence que ces sortes de sujets mettent à réclamer à temps les secours de la chirurgie. Les conséquences assez fâcheuses du paraphimosis sont néanmoins assez sérieuses pour mériter l'attention des chirurgiens et des malades. Ces conséquences n'ont été bien étudiées que de nos jours.

Hôtel-Dieu (M. Blandin).

Pièces de monnaie avalées. — Nous avons donné, dans le numéro de juin, page 102, le cas d'une femme qui, voulant se suicider, avait avalé d'un seul trait trois pièces de monnaie, savoir : une pièce de deux francs, une autre d'un franc et une troisième d'un sou. Il en est résulté des symptômes assez sérieux que nous avons fait connaître. Cette femme s'était assez bien remise, bien qu'elle n'eût pas rendu les corps étrangers et que son ventre fût resté toujours un peu balonné inférieurement et sensible au toucher, surtout à droite, où l'on sent de la dureté, vers la région iléo-cœcale. Depuis quelques jours, le ventre s'est beaucoup gonflé dans toute la région sous-ombilicale; la région du cœcum est bombée, dure, douloureuse au toucher. La femme y accuse des élancements, et ses selles sont mélaniques, sanguinolentes depuis une huitaine de jours. La percussion accuse la présence de gaz dans la portion gonflée du ventre. L'appétit a disparu; la femme dépérit à vue d'œil. On a diagnostiqué une péritonite entretenue par la cause mécanique; on l'a combattue à l aide d'applications abondantes de pommade mercurielle. Les gencives se sont affectées; des aphtes se sont formées aux lèvres. On a suspendu la pommade, et l'on s'est borné à l'usage des catapl. émol. et des bains. Le ventre persiste à être gonflé et douloureux, et les selles sont toujours sanguinolentes. Il est probable qu'un travail d'ulcération s'effectue dans le lieu que les corps étrangers occupent dans l'intestin, et qu'une terminaison peut-être fâcheuse dévoilera anatomiquement les véritables conditions profondes de ce cas intéressant.

— Les effets des corps étrangers avalés, en particulier des pièces de monnaie en argent ou en cuivre, sont si variables, qu'on n'en connaît pas d'une manière complète l'histoire; aussi, les faits de ce genre sont-ils recueillis avec beaucoup de soin. Dans le cas dont il s'agit, on ne s'attendait pas à des phénomènes aussi sérieux, et surtout d'une durée aussi longue. Les selles sanguinolentes n'avaient pas, à ce que nous sachions, été observées à la suite de ces accidents; il en est de même de la péritonite. Les caractères les plus saillants avaient été la maigreur progressive et l'inappétence; ici, cependant, ils sont peu prononcés. Jamais, au reste, il n'y a eu de fièvre Quoiqu'il en soit, on ne comprend pas trop que des corps aussi peu volumineux que ceux dont il s'agit n'aient pas encore pu passer avec les matières des garderobes, alors que l'intestin donne passage à des masses stercorales beaucoup plus volumineuses. Il y a là probablement quelque anomalie que l'autopsie fera peut-être connaître.

Faits divers. — 1° *Rhinoplastie.* Une femme, âgée de 40 ans passés, avait eu le nez rongé par une affection syphilitique ou d autre nature. M. Blandin vient de lui fabriquer, avec la plaie du front, un nouveau nez qui a parfaitement réussi. La pnau du front n'a pas été réunie, elle suppure. D'après l'observation de M. Blandin, la réunion forcée de cette plaie amène un érysipèle fâcheux, et, en définitive, la cicatrice n'est pas plus difforme dans un cas que dans l'autre. On voit dans la salle Sainte-Agnès un infirmier auquel M. Blandin a fabriqué un nez d'après la même méthode, et qui est parfait. Il y a une ressemblance parfaite entre ce nez-là et celui de la femme dont nous venons de parler. Le patron est le même, en effet; mais on peut s'assurer, chez l'homme, que la cicatrice au front n'a rien de choquant. Ces nez sont réellement présentables, et nul doute qu'ils valent beaucoup mieux que les nez métalliques postiches.

1° *Fracture grave de l'avant-bras. Résection.*—Un homme, âgé d'une quarantaine d'années, a été frappé à l'avant-bras par la chute d'une poutre d'un poids énorme; il en est résulté une fracture comminutive des deux os, avec plaie et sortie du fragment supérieur du radius. Cet os avait été fracturé très obliquement; le fragment supérieur avait lui-même perforé la peau, et s'était tellement accroché dans le tissu dermique, qu'il a été impossible de le faire rentrer par les extensions ordinaires. M. Blandin a débridé largement, et il s'est aperçu que la portion correspondante de l'os était dénudée, privée de périoste; il l'a réséquée. N'ayant pas sous la main une petite scie à chenette, M. Blandin s'est servi des cisailles de Liston, mais il n'a pu le trancher qu'en plusieurs reprises et couche par couche, en allant de la pointe vers les parties profondes, par la raison que l'instrument n'a pas offert assez de puissance pour couper l'os d'un seul trait. La fracture a été alors réduite, et le membre soumis à une irrigation continue d'eau froide. Une attèle a été placée le long de la face palmaire, soutenue légèrement à l'aide de quelques tours de bande, afin de ne pas abandonner les fragments tout-à-fait à la rétraction musculaire. Ce malade va bien, mais on ne peut encore dire quel degré de difformité il aura.

3° *Éléphantiasis à la jambe.* — Lejeune, atteint d'éléphantiasis, dont nous avons parlé dans le dernier numéro, va de mieux en mieux à l'aide de la compression et des frictions mercurielles. Il y a toute apparence qu'il guérira bien par ces seuls moyens.

4° *Résection de la mâchoire inférieure.* — La femme amputée de la mâchoire, dont nous avons donné les détails dans le dernier numéro, guérit avec une rapidité étonnante. Cette énorme plaie s'est réunie par première intention; de sorte que le septième jour, lorsque tous les points de suture étaient tombé, la cicatrice était fermée partout. La joue, cependant, reste encore gonflée, mais ce gonflement qui tient aux parties molles disparaîtra; la bouche est un peu de côté; la patiente, cependant, a pris de la force et de la couleur, elle mange déjà et peut assez bien parler. Nous suivrons avec intérêt le travail de réparation que la nature opérera chez cette malade, et nous en rendrons compte. Il paraît que l'os enlevé, qui avait semblé d'abord dégénéré en ostéosarcome, n'était que simplement frappé de nécrose; il adhérait dans un nouvel os de mauvaise qualité, et tout porte à croire que la nature avait avorté dans son travail réparateur, de sorte que l'ablation eût été indispensable, même dans le cas où l'on eût connu d'avance la nature de la maladie.

5° *Ténotomie.* — Plusieurs sujets des deux sexes ont été dernièrement opérés de ténotomie par M. Blandin pour des rétractions aux membres inférieurs. Chez la plupart il y avait contracture des pieds et des jambes. Aux pieds, la ténotomie a réussi assez bien; mais, au jarret, la chose n'est pas aussi claire. Il est vrai que, dans un ou deux cas, M. Blandin a préféré, pour le jarret, la simple extension mécanique sans ténotomie, et il a obtenu un résultat satisfaisant; mais, dans le cas d'une petite fille dont nous avons donné l'histoire, la ténotomie des pieds et des jarrets n'a, jusqu'à présent, produit que l'allongement des membres; l'enfant ne peut se tenir debout; M. Blandin pense qu'il faut la tenir encore longtemps en appareil. Nous tenons à donner la fin de ce traitement. — *P. S.* Aujourd'hui, cinquième ou sixième mois de l'opération, cette jeune fille ne peut se tenir debout.

DOCUMENTS CHIRURGICAUX.

— Retroversion de l'utérus. Dans un travail que le docteur Weber vient de lire sur ce sujet, devant la société médicale du Haut-Rhin, l'auteur recommande pour la réascension de la matrice au-dessus du détroit supérieur, d'introduire la main dans le vagin et d'agir de ce côté plutôt que du côté du rectum, ainsi que les auteurs l'avaient recommandé. Cette manœuvre lui a parfaitement réussi dans les deux cas qu'il a traités; la retroversion existait avec commencement de grossesse. (*Gaz. méd. de Strasbourg.*)

—Bubon indolent. « Un moyen auquel j'accorde beaucoup de puissance, et que j'emploie dès le début dans un grand nombre de cas de bubons indolents, comme aussi à une époque plus avancée, quand il n'y a pas d'inflammation, c'est le vésicatoire, pansé ensuite deux fois par jour avec un demi-gros d'onguent mercuriel double, et recouvert d'un cataplasme de farine de seigle, qu'on renouvelle trois ou quatre fois par vingt-quatre heures.... Une combinaison bien souvent efficace, dans le traitement du bubon indolent, consiste à continuer le vésicatoire, l'onguent mercuriel et les cataplasmes, tant qu'on obtient de l'amélioration; mais dès qu'il y a un *statu quo*, on laisse sécher le vésicatoire pour recourir à la compression, qui est à son tour continuée, tant qu'elle produit de la diminution, et abandonnée de nouveau, si elle reste sans effet, pour revenir au vésicatoire; ainsi de suite jusqu'à guérison ou état stationnaire. » (Ricord.)

Rétrécissement du rectum. Débridements; *par M. Roussilhe, chir. à l'hôp. de Castelnaudary.* — Un soldat fut atteint en Afrique d'une dyssenterie grave qui est devenue chronique. La muqueuse du rectum s'est prolapsée et étranglée; elle n'a pu rentrer, et elle s'est gangrenée. On l'a excisée. Consécutivement le rectum s'est rétréci considérablement à la hauteur de 7 centim. Les mèches le dilataient bien, mais le mal reparaissait aussitôt. M. Roussilhe a porté un bistouri boutonné dans le rétrécissement, a débridé à droite, à gauche et en arrière; puis il a fait usage de mèches. La guérison a été complète et durable, ce malade ayant été revu longtemps après (*Journ. de Méd. de Bordeaux*). Nous avons dernièrement rapporté une guérison analogue obtenue par M. Jobert. On voit, par conséquent, que la méthode du débridement n'est pas à dédaigner dans cette redoutable affection.

Kystes ovariques. — Dans un travail que M. Phillips, chirurgien à l'hôpital de Westminster, vient de lire à la Société médico-chirurgicale de Londres, l'auteur résume ainsi les opérations qu'on a pratiquées pour ces tumeurs: nombre total des opérations, 69. Dans ce nombre, la tumeur n'a pu être extirpée que sur 50 malades. Sur 14, les adhérences ou autres circonstances n'ont pas permis d'achever l'opération. Dans cinq cas, on n'a pas trouvé de tumeur. Sur les 50 dont l'opération a pu être terminée, 30 ont guéri, 20 sont morts. Les 5 opérées sans tumeurs ont guéri. Des 14 dont l'opération n'a pu être terminée, 6 sont morts, 8 ont survécu. (*Med. Times*, 6 juillet) M. Phillips n'est pas partisan de cette barbare opération, et nous l'en félicitons. Ouvrir le ventre depuis le sternum jusqu'au pubis, ainsi qu'on le fait depuis quelque temps en Angleterre, pour une maladie qui n'est pas immédiatement mortelle, qui peut permettre encore une longue existence et qui n'est pas d'ailleurs sûrement guérissable par l'extirpation (loin de là), est une pratique tout aussi inacceptable en bonne chirurgie, que celle de l'extirpation de l'utérus.

TOXICOLOGIE.

Intoxication arsénicale.

Rapport officiel sur l'affaire Lacoste; *par MM. Pelouze, Devergie et Flandin* (1).

« Nous, Théophile Jules Pelouze, membre de l'Institut, professeur de chimie, etc., Alphonse Devergie, docteur en médecine, agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Saint-Louis, et Charles Flandin, docteur en médecine, sur l'appel de M. Salmon, juge d'instruct. du tribunal civil de la Seine, nous nous sommes rendus le 26 février 1844, en son cabinet, où il nous a été donné communication d'une ordonnance, en vertu de laquelle nous étions désignés pour procéder à l'analyse chimique, *tant des matières extraites du cadavre de Henry Lacoste, décédé à Riguepeu, le 22 mai dernier, et présumé empoisonné, que de la terre recueillie au-dessus et au-dessous de la bière dudit Lacoste.* — Après avoir accepté la mission qui nous était confiée, et avoir prêté serment de la remplir en notre honneur et conscience, il a été arrêté que le lendemain, 27 février, à quatre heures de relevée, M. le juge d'instruction nous remettrait dans le laboratoire de chimie du collége de France, les matières à conviction sur lesquelles nous devions opérer. — Le 27 février, aux heures et lieu précités, cette remise nous a été faite par M. le juge d'instruction, Salmon, assisté de M. de Charencey, substitut du procureur du roi du tribunal de la Seine, et de M. Borne, greffier. Une caisse en bois, enveloppée d'une toile, ficelée, et scellée du cachet de M. le procureur du roi d'Auch, a été ouverte devant nous, et il en a été retiré quatre bocaux en verre noir, également scellés du sceau de la justice, et portant les inscriptions suivantes : — Bo-

(1) Un procès d'un retentissement immense vient d'être jugé par les assises d'Auch (Tarn). Aucun journal n'a encore fait connaître intégralement le document le plus important pour la science dans cette grande affaire; nous sommes heureux de pouvoir le donner en entier, d'après le manuscrit des trois savants, chargés de l'analyse chimique du cadavre de la victime. Ce rapport est un modèle de précision, d'exactitude, et de prudente réserve; nos lecteurs seront bien aise de pouvoir le prendre pour type dans les travaux délicats de ce genre, qu'ils pourront être appelés à faire devant la justice. Le système des expertises juridiques, en matière d'empoisonnement, avait été malheureusement entraîné dans une voie fâcheuse, dans ces dernières années, par des rapports exagérés et d'une légèreté déplorable. On est bien aise de voir aujourd'hui la science reprendre, par les soins de jeunes et consciencieux savants, sa gravité antique, et ce ton de haute prudence, dont l'ont dotée nos véritables grands maîtres. Le rôle de l'homme de la science, n'est pas celui du ministère public; laissons donc dans l'oubli l'ambitieuse satisfaction de dicter des réquisitoires, en se lançant dans des conclusions gigantesques, d'après quelques produits contestables de l'analyse. Sous ces différents points de vue, le travail de MM. Pelouze, Flandin et Devergie est un véritable service rendu à la société et à la science.

(*Note du Rédact.*).

cal, n° 1 : Quart des organes abdominaux, et portion des parois abdominales. — Bocal, n° 2 : Muscles de la cuisse. — Bocal, n° 3 : Terre du cimetière au-dessus de la bière. — Bocal, n° 4 : Terre du cimetière au-dessous de la bière. — Les scellés qui fermaient ces bocaux, ayant été rompus, il a été constaté que les vases contenaient les matières désignées, ce dont il a été dressé procès-verbal : après quoi, nous avons placé nous-mêmes sous clé et sous scellé, dans une pièce attenant au laboratoire de chimie, les matières confiées à notre responsabilité. Durant le temps qu'a demandé notre expertise, aucun étranger n'est entré dans cette pièce, et dans l'intervalle de nos vacations, la porte a toujours été fermée à clé, et close par une application de scellés. Il a été procédé aux opérations dans l'ordre suivant :

Opérations préliminaires. — **Essai des réactifs.** — « Trois flacons neufs et lavés ont été remplis, le premier d'acide sulfurique, le second d'acide azotique, le troisième d'acide chlorhydrique préparés et purifiés avec le plus grand soin. Sur chacun de ces flacons l'on a prélevé 250 grammes d'acide sulfurique, 30 grammes d'acide azotique et 30 grammes d'acide chlorhydrique, que l'on a traités isolément par le bicarbonate de potasse cristallisé, de manière à ne les saturer qu'incomplétement. Les dissolutions encore acides ont été étendues d'eau distillée, chauffées alternativement et mises à refroidir jusqu'à trois fois, pour opérer la cristallisation et séparation des sels, décantées, évaporées, soit pour en réduire la quantité, soit pour les ramener à un degré d'acidité convenable, et enfin essayées (l'azotate ayant été transformé en sulfate) dans trois appareils de Marsh, disposés d'après les indications données par l'Académie des sciences. — Le dégagement d'hydrogène a été entretenu pendant une heure. — Dans cet intervalle de temps, aucune trace de matière solide ne s'étant déposée dans les tubes à condensation, et après retrait du charbon, le gaz allumé n'ayant produit aucune coloration de la flamme, non plus qu'aucune tache sur une soucoupe en porcelaine, il a été rigoureusement établi que non seulement les acides sulfurique, azotique et chlorhydrique, mais encore que l'eau distillée et le zinc dont on avait à faire usage ultérieurement étaient entièrement dépourvus d'arsenic.

En conséquence, les trois flacons d'acide sulfurique, azotique et chlorhydrique, l'eau distillée et le zinc ainsi essayés ont été placés dans la pièce ci-dessus désignée, et mis sous les scellés pour être employés à toutes les analyses ultérieures.

Analyse chimique. — Analyse du foie — « Les organes qui nous ont été transmis étaient en partie convertis en cet état que l'on a désigné sous le nom de gras de cadavre, mais ils n'avaient point subi une altération telle qu'on ne pût en reconnaître aisément la nature et même la structure anatomiques. La quantité du foie dont nous pouvions disposer pour nos recherches, pesait 155 grammes (environ cinq onces). Nous l'avons partagée en deux moitiés égales, et avons carbonisé chacune d'elles isolément par 30 grammes d'acide sulfurique, d'après le procédé de MM. Danger et Flandin, procédé choisi de préférence, parce qu'il a reçu la sanction de l'Institut. Les deux opérations ont été pratiquées dans des capsules neuves de porcelaine dure de Sèvres, de 135 millimètres (5 pouces) de diamètre. — Conduite à petit feu et avec lenteur, la carbonisation s'est opéré facilement et sans aucune projection ; la quantité d'acide sulfurique s'est trouvée plus que suffisante pour obtenir un charbon sec et friable qui s'est pulvérisé sans adhérer au pilon d'agate employé pour le broyer. — Réduit en poudre, le charbon d'une première opération a été humecté avec 15 grammes d'acide chloronitrique (3 parties d'acide azotique pour une partie d'acide chlorhydrique), desséché de nouveau au feu, puis repris par l'eau. Ce liquide chauffé à l'ébullition a été filtré sur du papier Berzelius, et le charbon lavé à diverses reprises jusqu'à ce qu'on le supposât complètement dépouillé des corps solubles qu'il pouvait contenir. — La liqueur, en s'échapant du filtre, était limpide et incolore ; on l'a concentrée par l'évaporation jusqu'à réduction de 50 centimètres cubes.

« Un appareil de Marsh a été préparé d'après les indications données par l'Institut et tenu en activité durant trois quarts d'heure. Au bout de ce temps, aucune trace d'anneau ou de vapeur quelconque n'apparaissant au-delà de la partie chauffée du tube à condensation, on a introduit dans le flacon à hydrogène le liquide suspect. Presqu'aussitôt a commencé à se déposer à 27 millimètres environ (1 pouce) de la partie rouge du tube conducteur, une auréole vaporeuse qui n'a pas tardé à devenir un anneau considérable, miroitant et d'un aspect métallique. Le dépôt s'accumulant très rapidement, pour en rompre la continuité, on a enlevé un des charbons qui en était le plus rapproché, et immédiatement on a vu un second anneau se former en arrière du précédent, à deux millimètres ou une ligne de distance. En quelques instants, le nouvel anneau est devenu aussi volumineux et d'un reflet métallique aussi brillant que le premier (voir le tube n° 1). La quantité de métal déposée dans le tube à condensation, nous paraissant suffire et au-delà pour qu'on ne puisse en méconnaître la nature, on a retiré le charbon qui enveloppait la partie moyenne du tube. — Aussitôt le gaz a présenté l'odeur fétide et caractéristique de l'hydrogène arsénié ; enflammé, il a offert la couleur propre à l'arsenic qui brule.

« Des taches ont été recueillies en interrompant la flamme avec une soucoupe en porcelaine : ces taches étaient de couleur fauve foncée, miroitantes, et métalliques ; elles se volatilisaient à la flamme du chalumeau, en donnant une odeur prononcée d'arsenic ; touchées par une dissolution très étendue de chlorite de soude, elles disparaissaient instantanément ; exposées au dessus de la vapeur d'un flacon de chlore, elles étaient dissoutes, et au contact du gaz acide sulfhydrique, reparaissaient soudain à l'état de sulfure jaune miroitant. La double réaction du chlore gazeux et de l'acide sulfhydrique sur les taches a été indiquée par l'un de nous. (M. Devergie).

« A l'ensemble de ces caractères, il était impossible déjà de ne pas reconnaître l'arsenic.

« Inscrit sous le n° 1, le tube de verre dans lequel se trouve le dépôt d'arsenic métallique, est remis comme pièce à conviction à M. le juge d'instruction. Telle est la quantité d'arsenic qu'il renferme, qu'il pourra

servir pour renouveler devant la justice toute la série des réactions propres à caractériser ce corps, et à le faire distinguer chimiquement d'avec toute autre substance.—Sous le n° 2 est une des soucoupes dans laquelle ont été conservées quelques taches.

« Assurés par ce résultat que le foie contenait une substance toxique, et que cette substance était l'arsenic, le charbon sulfurique de la seconde moitié des 155 grammes du foie a été repris, comme l'avait été le précédent, par l'acide chloronitrique et par l'eau, et le liquide traité cette fois dans l'appareil de MM. Danger et Flandin. L'appareil, qui du reste était neuf, a été préalablement essayé, et le tube à combustion pesé exactement. Le liquide suspect introduit dans le flacon d'où se dégageait l'hydrogène, la flamme n'a pas tardé à devenir arsénicale ; et bientôt aussi un dépôt blanc d'acide arsénieux s'est formé dans l'intérieur et particulièrement à la partie supérieure du tube coudé. En même temps l'eau de combustion s'est écoulée goutte à goutte du condenseur par la petite ouverture menagée à l'extrémité pour la recevoir. Elle était complétement incolore et d'une température parfaite.

« Au fur et à mesure de l'écoulement, le liquide a été soumis à diverses réactions.— 1° Il a été précipité en *jaune serin* (sulfure d'arsenic) par l'acide sulfhydrique. Le précipité s'est dissous dans l'ammoniaque sans la colorer; il a repris naissance par l'addition de l'acide chlorhydrique, puis a été réduit en métal au moyen du flux noir (*Voir* le tube n° 3). — 2° Il a été précipité en *vert* (arséniate de cuivre ou vert de Schéele) par le sulfate de cuivre ammoniacal. Le précipité s'est dissous dans l'ammoniaque. — 3° Évaporé dans une petite capsule en porcelaine, le liquide a laissé un *résidu blanc sec* (acide arsénieux). Humecté par trois gouttes d'acide azotique et une goutte d'acide chlorhydrique, acides qu'on a ensuite fait évaporer, le résidu a paru *déliquescent* à l'air (acide arsénique). Repris par l'eau, il s'est dissous et a précipité en *rouge brique* par le nitrate d'argent neutre (arséniate d'argent). Ce précipité s'est dissous dans l'ammoniaque. Le dépôt blanc d'acide arsénieux recueilli par le *tube à combustion*, a été pesé avec soin. Son poids dépassait deux milligrammes. On l'a divisé en deux parties à peu près égales, dont l'une a servi à reconnaître de nouveau les propriétés que nous venons de signaler dans la liqueur de condensation, et dont l'autre a été reservée pour produire des taches, en l'introduisant dans l'appareil de Marsh. — On a constaté : 1° la volatilité ; 2° la solubilité dans l'eau et dans l'acide chlorhydrique ; 3° la précipitation par l'acide sulfhydrique en une poudre jaune soluble, sans résidu et sans coloration dans l'ammoniaque, d'où l'acide chlorhydrique la séparait de nouveau sous la forme de flocons jaunes ; 4° la précipitation en rouge-brique par le nitrate d'argent neutre, lorsqu'après l'avoir traitée par l'acide azotique mêlé d'un peu d'acide chlorhydrique, avait évaporé à sec la liqueur et dissout le résidu dans l'eau.

« Après avoir reconnu successivement et de la manière la plus nette les caractères dont nous venons de donner l'indication et dont l'ensemble ne pouvait désormais laisser de doute dans notre esprit sur la présence de l'arsenic dans la partie du foie renvoyée à notre examen, nous avons soumis à l'appareil de Marsh la seconde partie de l'acide arsénieux mise en réserve, certains que nous devions avoir des taches arsénicales complétement dépouillées de tout vestige de substance animale. — L'appareil avait été essayé et l'acide arsénieux transformé par l'acide chloro-nitrique en acide arsénique. Immédiatement l'odeur du gaz arsénical s'est manifestée. Le gaz allumé, la flamme a pris la coloration propre à l'arsenic qui brûle; des tâches brillantes et métalliques ont été recueillies sur plusieurs soucoupes en porcelaines. — Soumises à diverses réactions, ces nouvelles taches ont présenté tous les caractères de l'arsenic le plus pur. Brûlées au chalumeau, elles ont donné en se volatilisant l'odeur de l'arsenic ; touchées par le chlore, elles ont été dissoutes instantanément sans laisser de résidu ; le chlorure ainsi formé a donné par le gaz acide sulfhydrique une couleur jaune de sulfure d'arsenic. — Nous remettons à M. le juge d'instruction deux soucoupes contenant le reste des taches sur lesquelles nous avons opéré les réactions précitées. Ces soucoupes, portent les nos 4 et 4 bis.

Analyse des intestins. — « La portion du tube digestif, qui se trouvait parmi les matières à conviction, pesait 245 grammes (environ 8 onces) : elle se composait d'une très petite portion d'intestins grêles et d'une quantité beaucoup plus considérable de mésentère. — On a prélevé sur la masse, pour une première opération, 100 grammes qu'on a carbonisés dans une capsule de porcelaine neuve de Sèvres, avec 33 grammes d'acide sulfurique. La carbonisation s'est faite avec régularité et rapidité ; le charbon était sec et friable. On l'a réduit en poudre ; puis traité par l'acide chloronitrique et puis par l'eau, d'après la méthode déjà suivie. — Introduit dans l'appareil de Marsh (procédé de l'Institut), tenu en activité depuis trois quarts d'heure sans qu'il se fût produit de dépôt dans le tube, le liquide a donné, au bout de quelques minutes, un anneau miroitant peu intense, il est vrai, mais auquel on a reconnu les propriétés de l'arsenic. — 1° Cet anneau était déplacé dans le tube par l'approche de la flamme d'une lampe à l'alcool ; 2° en contact de l'air chaud il a été transformé dans le tube même en une poudre blanche volatile (acide arsénieux) ; 3° après le refroidissement du tube, l'acide volatile a été dissous instantanément par le gaz dégagé d'un flacon de chlore ; 4° le contact du gaz acide sulfhydrique a transformé le chlorure en sulfate jaune d'arsenic volatil ; 5° le sulfure jaune repris avec du flux noir dans le tube effilé à la lampe a été ramené à l'état d'arsenic métallique (*Voir* le tube n° 5).—Répétée sur les 145 grammes d'intestins restants, la même opération a donné des résultats identiques, mais mieux tranchés encore, l'anneau métallique étant plus considérable, en raison de la plus grande quantité de matières brûlées.

Analyse de la chair musculaire. — « On a carbonisé en deux fois, par l'acide sulfurique, 250 grammes des muscles de la cuisse. Au terme de l'opération, qui a été conduite absolument comme l'avaient été les opérations précédentes, on a obtenu dans le tube à condensation (appareil de l'Institut) un anneau métallique très apparent, très caractéristique. Cet anneau, déplacé dans le tube à l'aide de la flamme d'une lampe à alcool, a passé au contact de l'air chaud à l'état d'acide arsénieux qui, dissous par l'eau, a été transformé par le gaz acide sulfhydrique en sulfure jaune d'arsénic. Ce sulfure jaune a été décoloré et rendu soluble par l'ammoniaque.

Analyse des terres du cimetière. — Pour nous conformer à l'ordonnance de M. le juge d'instruction, nous avons procédé à l'analyse des terres recueillies soit au dessus soit au dessous de la bière de Henri Lacoste. — Il a été pris, dans chacun des deux bocaux qui nous avaient été remis, un kilogramme de matière que l'on a traitée isolément dans une grande capsule en porcelaine dure de Sèvres, par 20 grammes d'acide nitrique et 210 grammes d'acide sulfurique, légèrement étendu d'eau. L'effervescence produite par la décomposition des sels calcaires étant apaisée, et la masse restant fortement acide, on l'a fait chauffer à petit feu pendant un quart-d'heure, après quoi on l'a étendue d'eau et maintenue à l'ébullition pendant une heure, en ayant soin de remplacer de temps en temps l'eau évaporée. — Après la filtration, les liqueurs étaient limpides, d'un jaune-rougeâtre. Elles ont été rapprochées par concentration. — Un appareil de Marsh (procédé de l'Institut) a été mis en activité et essayé. Le tube à condensation restant pur de toute tache, on a introduit par fractions l'un des liquides dans le flacon à hydrogène, et l'on a entretenu le dégagement du gaz durant une heure. — Aucun dépôt ne s'est formé dans le tube à condensation; le charbon retiré, le gaz n'a exhalé aucune odeur d'arsenic; l'hydrogène enflammé, la flamme n'a pris aucune coloration, et elle n'a donné aucune tache. — Traité dans le même appareil et pendant un temps égal, le second liquide n'a pas donné non plus la moindre trace d'arsénic.

« Il nous a paru démontré par cette double analyse que la terre du cimetière, prise soit au dessus soit au dessous de la bière de Henry Lacoste, ne recélait aucune trace d'un composé arsénical.

— « Bien qu'il ne nous restât aucun doute sur les résultats de nos analyses, nous avons jugé convenable de mettre en regard de l'expérience capitale de notre expertise une opération faite absolument dans les mêmes conditions. A cet effet, il a été pris 77 grammes de foie d'un cadavre humain, que l'on a carbonisés avec 30 grammes d'acide sulfurique. Le charbon, réduit en poudre, a été humecté par 15 grammes d'acide chlorohydrique, desséché au feu, puis repris par l'eau qu'on a portée à l'ébullition, lavé à diverses reprises, et le liquide convenablement concentré, a été introduit dans un appareil de Marsh (procédé de l'Institut). L'appareil a été maintenu en activité pendant une heure, sans qu'il se déposât la plus légère trace d'arsenic dans le tube à condensation. Le charbon retiré, le gaz n'exhalait que l'odeur d'hydrogène; enflammé, il n'a pris aucune couleur, ni donné aucune tache sur la porcelaine.

« Conclusions. Les analyses dont nous venons de rendre compte se prêtent un mutuel contrôle, nous en concluons :

1° « Que la partie du foie de Henry Lacoste, sur laquelle nous avons opéré, contenait une quantité très notable d'arsenic : si nous avions à évaloir cette quantité en poids, nous ne craindrions pas de la porter à plus de cinq milligrammes;

2° « Que les portions d'intestins et de chair musculaire soumises à notre examen en contenaient également des traces appréciables, quoique en proportions moindres que le foie, ce qui s'accorde, du reste, avec ce que l'on sait d'un empoisonnement par l'arsenic;

3° « Qu'il n'existait aucune apparence de cet élément toxicologique dans les terres recueillies, soit en dessus, soit en dessous de la bière dudit Lacoste.

— « Nous joignons à ce rapport, comme pièces de conviction : sous le n° 1, un tube de verre dans lequel se voit un dépôt d'arsenic métallique extrait du foie; sous le n° 2, une soucoupe de taches d'arsenic provenant de la même source; — sous le n° 3, un petit tube de verre contenant un anneau d'arsenic également retiré du foie, mais réduit à l'état métallique après avoir subi diverses réactions successives; — sous les numéros 4 et 4 *bis*, deux soucoupes de taches d'arsenic recueillies dans les mêmes conditions que le petit anneau précédent; — sous le n° 5, un petit tube renfermant un anneau d'arsenic provenant des intestins, mais ramené à l'état de métal pour la seconde fois, après une série de réactions intermédiaires. Nous croyons devoir annexer à ces pièces un échantillon, ou les restes mêmes des divers réactifs employés dans nos recherches. En voici l'énumération : Un flacon contenant de l'acide sulfurique; *idem*, de l'acide azotique; *idem*, de l'acide chlorhydrique; *idem*, de l'eau distillée; *idem*, du zinc; quelques feuilles de papier Berzélius. Nous remettons également à M. le juge d'instruction les quatre bocaux en verre noir renfermant les restes des matières dans lesquelles nous avons opéré.

« Fait à Paris, dans le laboratoire de chimie du collège de France, le 26 mars 1844,

— « Les soussignés réclament pour le temps employé à la dite expertise, et pour chacun d'eux, la somme de 255 fr., montant de 36 vacations de jour et de 10 vacations de nuit. En outre, les dépenses faites par l'un d'eux pour achat de réactifs, capsules en porcelaine, tubes en verre des appareils, etc., s'élevant à 60 fr. »

DOCUMENTS TOXICOLOGIQUES.

Empoisonnement par des médicaments arsénicaux. — On a dernièrement agité, devant la cour d'assises d'Auch, la question de savoir si la science possédait des exemples d'intoxication mortelle occasionnés accidentellement par des remèdes arsénicaux. On ne cite communément qu'un cas rapporté par M. Roux dans sa médecine opératoire. On peut cependant en compter plus de dix exemples. Samuel Cooper rapporte un cas exactement pareil à celui de M. Roux, arrivé chez une femme opérée par M. Cross d'un cancer au sein, à l'aide d'une pâte arsénicale. On trouve dans la *Médecine légale* de Belloc, t. 4, p. 124, les détails suivants : « J'ai vu, dit-il, une femme âgée de 56 ans, d'une assez bonne santé, mais d'une constitution délicate et sensible, qui eut l'imprudence de se laver le corps avec une dissolution d'arsénic par ébullition dans l'eau commune, pour guérir une gale dont elle était attaquée depuis quelque temps, laquelle avait résisté à un premier traitement. Elle enfla de tous le corps autant que la peau prêter, elle fut couverte d'un érysipèle général, et éprouva, pendant plusieurs jours, un feu qui la dévorait. Sa gale se dissipa à la vérité, mais elle traîna une vie languissante pendant deux ans, au bout dequels elle mourut ayant toujours conservé un tremblement dans tous ses membres. » — On lit dans l'ouvrage de Schenckius (*Obs. med. raris. Lib. de venenis.* Fribourg, 1697) : « Un jeune homme avait la gale; il s'enduisit un soir tout le corps avec un onguent arsénical et se coucha. Le lendemain, il

fut trouvé mort dans son lit. » L'auteur pense qu'il est mort empoisonné. (p. 300.) — Le nommé Simon avait un bubon à l'aîne ; un empirique le pansa en le couvrant tous les jours de poudre arsénicale, dite de Galien (mélange de sulfure d'arsenic et de chaux). Après le troisième pansement, symptômes alarmants d'empoisonnement, mort. (*Ib.*) Fabrice de Hilden rapporte plusieurs exemples d'empoisonnement de ce genre occasionnés par des guérisseurs de cancers qui parcouraient de son temps les villes et les campagnes, appliquant des pommades arsénicales jusque sur des tumeurs hémorrhoïdales. Zacchias lui-même, qui écrivait au 17e siècle, parle déjà des mêmes accidents. (*Quæstiones med. legal.*, p. 83. Avignon, 1660), et Ploucquet dit positivement, mais sans rapporter de cas détaillés, que des accidents graves et même mortels ont été plusieurs fois observés par suite de médicaments arsénicaux administrés par bouche, ou par la peau, ou en lavement, pour guérir soit la gale, soit la dyssenterie (*Comment. med. in processus criminales.* Argentorati, 1786) ; l'on en trouve d'autres ailleurs. — On a également demandé quelles étaient les formes adoptées pour l'administration des médicaments arsénicaux. On trouve à ce sujet toutes les formes imaginables : la poudre, les pilules, la solution aqueuse, les teintures alcooliques, les pommades, les emplâtres, le cérat, les liniments, etc., diversement combinés et masqués, vendus souvent comme remèdes secrets. Il est de ces formules qui sont restées dans quelques familles, surtout dans les villages, et qui ont été transmises de génération en génération et exploitées en secret pour la guérison de certaines maladies chroniques. Nous reviendrons avec plus de détails sur ce sujet dans une autre occasion. Disons enfin, quant aux doses de la solution de Fowler (puisqu'une discussion vient aussi d'avoir lieu sur ce sujet), qu'elle a été donnée impunément jusqu'à la dose de 60 gouttes par jour. D'après Sprengel (*Institutiones pharmacologicæ*) cette quatité contiendrait à peine deux centigrammes d'arsenic, puisque d'après lui il en faut 160 gouttes pour répondre à 5 centig. (1 gr.) du même métal. Or, une dose de 2 centig. d'arsenic ne paraît pas suffisante pour tuer un homme robuste. On comprend, par conséquent, qu'un homme qui meurt pendant l'usage de ce médicament, peut offrir, à l'analyse du cadavre, une abondante quantité de poison. Nous ne voulons tirer de là aucune conséquence dans l'affaire Lacoste, mais nous avons cru utile de rectifier quelques erreurs que les journaux avaient rapportées sur ces questions.

— Empoisonnement par l'acétate de plomb. Une jeune fille qui était sujette à la constipation, avait l'habitude de prendre de temps en temps 30 grammes de sel anglais (sulfate de magnésie), et elle en avait conservé une dose. Au moment où elle voulut s'en servir, elle trouva dans le tiroir où elle l'avait déposé, une poudre blanche enveloppée dans du papier, et elle la prit pour le sel qu'elle cherchait, ne sachant pas qu'une autre personne avait placé dans ce meuble de l'acétate de plomb destiné à préparer de l'eau de Saturne. La jeune fille prit donc sans réflexion cette poudre, dont la dose était de 12 grammes au moins (3 gros) dans une tasse de bouillon. A midi, deux heures environ après l'ingestion, elle éprouva dans le ventre de fortes douleurs qui furent suivies de vomissements, et ce dernier accident persista sans interruption jusqu'au soir, après quoi il devint de nature bilieuse. La malade cependant ne se doutait pas encore qu'elle courût aucun danger ; ce ne fut qu'au bout de trois jours, lorsque l'abdomen devint très tendu, que voyant la constipation résister à l'emploi qu'elle croyait avoir fait de son moyen ordinaire, et faisant attention à la saveur métallique dont sa bouche était imprégnée, elle fit part de ces particularités à la personne qui avait déposé le sel de plomb dans le tiroir. Cette personne, effrayée par l'erreur commise, courut aussitôt chercher le docteur Ilviding. Ce médecin, considérant le long intervalle écoulé depuis l'ingestion du poison, pensa qu'il était inutile de recourir aux vomitifs ; mais il prescrivit pendant quinze jours l'administration d'une dose d'huile de ricin. Mieux progressif, guérison. (*Zeitschrift fur die gesammte medicin.*)

— Ce fait confirme les considérations que nous avons émises, il y a quelques mois, devant la cour d'assises de Riom, concernant l'intoxication saturnine : savoir que les sels de plomb, même les plus solubles, sont peu toxiques ; qu'il faut des doses énormes pour produire la mort d'une manière aiguë chez l'homme, et que cet empoisonnement ne s'accompagne pas d'évacuations alvines. On voit dans ce cas, que douze grammes d'acétate de plomb n'ont pas produit de phénomènes excessivement graves chez un enfant, et que le trouble qui s'en est suivi s'est dissipé spontanément et sans une seule garde-robe.

REVUE GÉNÉRALE.

De certains kystes de la mamelle chez la femme, *par M. Brodie.* — La maladie dont je vais vous entretenir offre un très grand intérêt ; elle diffère du carcinome avec lequel on l'a souvent confondue. On la rencontre rarement dans les hôpitaux, mais elle est fréquente dans la pratique de la ville ; néanmoins je n'avais pu jusqu'à ce moment l'étudier assez pour en tracer l'histoire d'une manière générale et complète. Une femme vient vous consulter pour une tumeur dure qu'elle porte au sein, du volume d'une noix, mobile ; cette tumeur contient un liquide ; vous la ponctionnez avec une aiguille cannelée, et vous obtenez du sérum. Si vous faites une ouverture assez large, tout le liquide s'échappe et il ne reste autre chose que le kyste vide. Le liquide offre une couleur variable, il est tantôt jaune-paille, tantôt verdâtre, quelquefois noirâtre ; je l'appelle sérum, parce qu'il se coagule complétement par la chaleur et par l'acide nitrique ; c'est effectivement du sérum, avec un peu de matière colorante. Dans certain cas, vous ne trouvez qu'une seule de ces tumeurs ; dans d'autres, il y en a plusieurs. Dans ce dernier cas, on trouve généralement une seule tumeur volumineuse, les autres sont très petites. Dans quelques occurences, tout le sein en est envahi ; j'en ai vu dont le volume égalait celui d'une orange. Si on les ponctionne dans leur première période, il ne reste rien après, ce qui prouve que le kyste est très mince. On les rencontre principalement chez les femmes célibataires, et chez celles qui n'ont pas fait d'enfants ; mais il y a des exceptions à cette règle. Ces tumeurs ne sont pas accompagnées de douleurs, si l'on en excepte la souffrance nerveuse causée par l'anxiété et par le retour constant de l'attention sur le mal. Elles n'affectent pas les glandes axillaires et peuvent rester pendant plusieurs années sans altération. Très fréquemment ces tumeurs se forment à l'insu de la femme, jusqu'à ce qu'elle

s'en aperçoive accidentellement en touchant ses seins; elle y sent une dureté de marbre. Dans un cas de ce genre, M. Jonhson et moi, nous avons examiné la tumeur et nous l'avons trouvé formée de plusieurs kystes glanduleux remplis seulement de sérum. J'ai dit que le sérum provenait des kystes, mais dans mon opinion, je crois qu'ils sont formés par des tubes lactifères élargis; ce qui me fait penser de la sorte, c'est que chez les personnes affectées de cette maladie on observe assez souvent un écoulement de sérum par le mamelon, et si vous le pressez, vous faites jaillir tout le liquide, et il ne reste presque rien en apparence. Dans un cas de ce genre que j'ai fini par enlever, à l'aide de l'opération, j'ai pu passer une soie de porc dans le conduit, laquelle est arrivée jusque dans un des kystes. Ce que j'ai dit jusqu'à présent se rapporte à la première période de la maladie; je dois ajouter que bien que la tumeur ne contienne généralement que du sérum, elle présente quelquefois par la suite de la matière solide qui y est secrétée en même temps. S'il existe plusieurs kystes, tout le sein devient solide, excepté sur quelques points qui paraissent encore préservés de la matière solide.

Une question se présente naturellement, c'est de savoir à quoi tient cette altération de structure. Une dame m'a consulté pour une de ces tumeurs qu'elle portait au sein, du volume d'une noix; je l'ai ponctionnée avec une aiguille d'abord, il en est sorti du sérum; je l'ai ouverte avec une lancette et une grande quantité de fluide s'est échappée; je l'ai pansée en en rembourrant le fond avec de la charpie, afin d'y faire naître une inflammation; la suppuration a été abondante et la plaie est restée deux mois avant de se fermer, alors la maladie a semblé radicalement guérie. Une année plus tard, cette dame est revenue me voir, et j'ai trouvé à l'endroit de la cicatrice une tumeur fongeuse du volume du kyste que j'avais ouvert. Je lui ai amputé le sein et la malade a radicalement guéri. La dissection de ce sein m'a offert plusieurs kystes entiers contenant de la matière liquide et un autre plus gros contenant une matière solide; cette matière a paru formée de fibrine disposée par couches légèrement organisée. J'ai rencontré dernièrement un cas de ce genre à l'hôpital sur une femme dont le sein a été amputé par M. Keate. Lorsque cette femme était venue pour la première fois à l'hôpital elle présentait au sein une petite tumeur d'un volume d'une noix. M. Cutler l'a ponctionnée, et il s'en est écoulé du sérum, mais quinze jours après, elle avait repris son premier volume. Elle a été alors reçue dans le service de M. Keate; nouvelle ponction, écoulement d'un liquide noir. Le 21 décembre, elle avait dépassé de beaucoup le volume primitif; ouverture avec la lancette, issue d'une grande quantité de liquide. Peu de jours après on a vu émaner de l'intérieur du kyste une grosse excroissance fibrineuse, remplissant toute la poche. On a amputé le sein au commencement de janvier; je possède cette pièce; on voit plusieurs excroissances attachées par des pédicules étroits, d'autres offrir une large base, elles paraissent formées récemment par de l'albumine; sur quelques unes l'albumine est organisée; d'autres paraissent tout à fait graisseuses et simulant l'apparence encéphaloïde; je ne crois pas cependant que ce dernier caractère soit véritable, car j'en ai vu chez d'autres qui avaient le même aspect et qui ont guéri parfaitement. Il y a quelques années j'ai observé un cas pareil opéré par M. Freeman, de Spring Gardens, et je trouve dans mes notes: que la tumeur paraissait comme formée de fibrine légèrement organisée; dans ce cas la tumeur occupait un tiers de la cavité du kyste. Ces masses solides cependant ne se forment pas seulement dans l'intérieur du kyste, elles s'engendrent quelque fois aussi au dehors, ce qui augmente le volume de la tumeur, jusqu'à ce que le tout prenne la forme d'une masse solide; mais une dissection attentive fait voir que la fibrine est externe, identifiée avec la parois du kyste, et que la face interne de celui-ci est distincte. J'ai une autre tumeur de même espèce que j'ai extirpée en ville; tout le sein pesait sept à huit livres. Son intérieur contenait une grande quantité de sérum. J'en vis plusieurs autres aussi volumineuses. La peau ne s'ulcère pas toujours dans ces cas, mais quelquefois elle est tellement distendue qu'elle finit par crêver; il s'écoule une grande quantité de liquide; il en résulte un ulcère d'apparence sordide, qui, s'il n'est pas enlevé promptement, s'étend, réagit sur la constitution et cause la mort. Cette maladie a été confondue avec le carcinome. Il y a quelques années, un pathologiste célèbre m'a montré un cas de ce genre comme un carcinome; dans mon opinion un grand nombre de cancers opérés et guéris n'étaient que des tumeurs de ce genre, sans malignité au fond. Il est vrai que ces tumeurs peuvent détruire la vie; mais ce n'est pas une raison pour leur donner un caractère de malignité. Il s'agit d'une maladie purement locale qui n'émane d'aucun état morbide constitutionel, et lorsque la partie est amputée le mal ne revient pas. La malade qui m'a fourni la pièce dont je viens de parler vit encore et se porte bien. Une autre, que j'ai opérée il y a six ans, se trouve dans le même cas. Sir E. Home croyait que la maladie était maligne et il conseillait toujours d'amputer le sein, et je me rappèle d'une dame qu'il a opérée et que j'ai vu 20 ans après en parfaite santé. Je me crois en conséquence assez autorisé à conclure que le mal n'est pas de nature maligne.

Dans la première période, la maladie peut être guérie sans opération. Une dame est venue me consulter, il y a vingt ans, pour une tumeur de ce genre. Dans cette époque je ne comprenais pas la maladie comme aujourd'hui; je lui conseillai l'opération, elle y consentit, et le jour fut fixé pour cela; quelque chose cependant nous empêcha de la pratiquer ce jour là; j'ai alors voulu essayer quelque moyen résolutif; je lui ai, en conséquence, ordonné des embrocations stimulantes et en peu de temps la tumeur a disparu complétement. La même chose m'est arrivée sur une autre femme, et il n'y a pas eu de récidive. Le bon effet que j'ai obtenu dans ces deux cas m'a engagé à tenir la même conduite dans d'autres, et le résultat a été souvent avantageux. M. Cutler a essayé à son tour cette méthode sur une femme qui est en ce moment à l'hôpital, mais il a échoué; je crains que son insuccès ne tienne au mode d'application ou au peu de persévérance qu'il y a mis. Voici la formule qui m'a parfaitement réussi dans dix ou douze cas. — P. Esprit de vin rectifié et eau-de-vie camphrée, ana 100 grammes (3 onces); sous-acétate de plomb liquide, 30 grammes (1 once), mêlez. Je crois que cette formule est la même que celle dont Pott se servait, mais dans un autre but. Comme ces proportions m'ont toujours réussi, je ne les ai jamais voulu changer. On imbibe un morceau de flanelle dans ce liquide et on l'applique sur la partie; on réimbibe la flanelle sept à huit fois

dans les 24 heures. D'abord il se dépose simplement de l'oxide de plomb sur la peau ; mais peu de temps après la partie acquiert de la sensibilité, et si l'on persévère dans les applications la peau devient excessivement sensible et s'excorie. La patiente doit alors suspendre les fomentations pendant quelques jours, pour les reprendre ensuite. De cette manière elle pourra persévérer pendant plusieurs semaines ou des mois ; mais en général, si le moyen doit réussir, on s'aperçoit de ses bienfaits six semaines ou deux mois après, mais il faut persévérer, pour en obtenir des effets. Lorsque la peau a été une première fois stimulée partout, on produit aisément de l'effet la seconde fois, et il arrive qu'on ne peut continuer plus de deux jours de suite. Dans quelques cas j'ai essayé le vésicatoire et entretenu la suppuration à l'aide de l'onguent de sabine pendant quinze jours, puis je l'ai laissé cicatriser, pour recommencer ensuite. En répétant ce moyen plusieurs fois de suite, j'ai obtenu quelquefois la guérison, mais ce moyen est incommode. J'ai aussi employé une forte solution d'iode, mais sans succès ; rien ne m'a aussi bien réussi que le mélange ci-dessus. Pendant que j'employais les fomentations avec la flanelle, j'ai ponctionné les tumeurs, et cela a contribué peut-être à la guérison, mais mon opinion est que cela n'a pas eu d'influence. Après la ponction la tumeur laisse sentir comme une amande, ce qui est formé par le kyste affaissé. Si la maladie est à une période avancée, les applications stimulantes n'ont pas d'effet avantageux. L'opération est alors le seul moyen de guérison. Bien que la maladie ne soit pas cancéreuse, ainsi que je l'ai déjà dit, elle veut être enlevée, car si on la laisse, l'irritation locale finit par produire la mort ; et si on l'enlève elle ne revient point. Si on opère, il faut enlever le sein en totalité ; l'enlèvement partiel n'étant suffisant pour la guérison radicale. Mieux vaut opérer tant que la tumeur est petite ; néanmoins il ne faut pas s'effrayer lorsqu'elle est grosse, car le mal n'est pas carcinomateux, il n'y a aucun danger de répullulation. J'ai opéré plusieurs cas de ce genre, la guérison a été durable. J'insiste à dessein sur l'enlèvement de tout le sein, car si on en laisse une partie, il est très possible qu'il y ait là un germe d'autres kystes qui se développeront après, ce qui obligerait plus tard à une seconde opération. Dans un cas opéré par M. E. Home, de petits kystes se sont manifestés quatre ans après. J'ai des préparations devant moi qui viennent à l'appui de ce que je viens d'avancer. J'attache une grande importance à ces notions, car elles permettent de distinguer une maladie guérissable, du carcinome ou du squirrhe contre lequel l'opération échoue si souvent. Je dois dire enfin qu'on ne doit pas confondre la maladie que je viens de décrire avec les kystes séreux ordinaires ou les kystes hydatiques qui se rencontrent dans toutes les parties du corps comme aux seins. (*The Med. Times*).

— Vertus des médicaments. Du temps de Galien, on ne jugeait de l'action des remèdes que par présomption. On les classait d'après les qualités occultes qu'on leur supposait *a priori* ; ces qualités étaient le *chaud*, le *froid*, le *sec* et l'*humide*. Venait ensuite une subdivision basée sur l'espèce d'impression que le médicament produisait sur la langue ou sur l'odorat. Tout remède *amer* était bon pour l'estomac, pour la digestion. Tout remède *acide* était excellent pour réprimer l'effervescence du sang et de la bile. L'odeur *aromatique* indiquait un moyen précieux pour les maux des nerfs, etc. Cette caractérisation, basée sur l'action locale ou physico-chimique, a été conservée, et c'est aussi celle qu'on suit encore de nos jours. De là cet enchaînement éternel d'erreurs qui a discrédité la matière médicale et occasioné tant de malheurs en toxicologie.

—Traitement des hernies ombilicales chez les enfants a la mamelle : *Par M. Trousseau.* « Depuis près de deux ans, M. Trousseau a été frappé, d'une part, des accidents causés chez les très jeunes enfants par les hernies ombilicales ; d'autre part, des difficultés insurmontables que l'on rencontre le plus souvent dans la confection, et surtout dans l'application des brayers destinées à contenir ces hernies. Il a été conduit alors à employer un moyen thérapeuthique fort simple, tellement simple même, que, suivant toute apparence, il a dû être mis en usage mille fois sans que les praticiens aient cru devoir rendre publique une méthode qu'ils ne croyaient pas digne de la publicité. Tous les accoucheurs ordonnent aux nourrices de tenir autour du ventre de l'enfant nouveau-né un bandage convenablement serré, que l'on fera porter pendant un mois, dans certains pays, pendant toute la première année. On insiste sur ce moyen si simple dans le but, disent les gens du peuple, de soutenir et de fortifier les reins de l'enfant ; et, par le fait cette compression méthodique sert en quelque sorte d'aponévrose ventrale supplémentaire, qui s'oppose efficacement à l'éventration, et surtout à la hernie ombilicale. Il s'agissait de formuler en précepte thérapeuthique une méthode en quelque sorte empirique ; c'est ce qu'à fait M. Trousseau dans son service d'enfants. La hernie ombilicale est un accident très commun chez les enfants pendant les deux premières années de la vie. Cette infirmité n'a pas à beaucoup près, dans les premiers temps, la même gravité qu'elle pourra présenter à un autre âge. En effet, la hernie ombilicale de l'enfant guérit ordinairement sans le secours de l'art, à l'époque de la vie où les cris devenant moins fréquents, le développement des aponévroses abdominales se fait désormais plus normalement. Peu à peu l'ouverture herniaire diminue, et enfin elle disparait complètement. Mais chez les enfants criards, chez ceux qui ont le ventre très développé et la capacité de la poitrine relativement moindre, la hernie persiste, et elle ne guérit, si toutefois elle guérit, qu'à l'âge qu'un brayer devient possible. Cependant, si la hernie persiste, elle peut, rarement il est vrai amener, par étranglement, des accidents très-graves, ou tout au moins entretenir, chez les enfants, des coliques vives, des vomissements, qui sollicitent des cris incessants et irritent encore l'infirmité qui est la cause de tous ces troubles fonctionnels. Il importe donc de remédier

à la hernie ombilicale dès les premiers mois de la vie. Lorsque, dans le service de M. Trousseau, on amène un enfant avec cette infirmité, il conseille la continuation des moyens que tout le monde prescrit dans les premiers jours de la vie, c'est-à-dire la compression. Cette compression se fait de la manière suivante :

« L'appareil se compose d'une compresse graduée de trois centimètres de longueur sur deux centimètres de large, et de cinq millimètres d'épaisseur, puis d'une bande de sparadrap de diachylon de deux centimètres de large sur deux à trois mètres de longueur. Un aide soutient l'enfant en l'air en le tenant par les deux cuisses; un autre aide le soutient en plaçant la main sous le dos. Le chirurgien réduit la hernie, applique la compresse graduée sur l'ombilic, et entoure le ventre de l'enfant six ou huit fois, de manière à recouvrir entièrement la compresse graduée. Il doit serrer assez fortement la bande, parce que l'enfant, en criant, gonfle le ventre, qui s'affaisse lorsque la colère du petit malade est calmée. La pression exercée sur le ventre gêne pendant quelques heures la respiration; mais bientôt les enfants semblent ne plus s'apercevoir de la présence du bandage. Les bandes de diachylon ont cet avantage, qu'elles se modèlent parfaitement sur les parties, et qu'elles en suivent tous les mouvements sans gêner le patient. Leur adhésion est encore fort essentielle, et elles ne se déplacent que difficilement, malgré les mouvements de la respiration. Enfin, la matière même de l'appareil a encore cela d'avantageux, que les urines et les matières fécales ne l'imprègnent que difficilement, et ne nuisent pas d'ailleurs à la solidité du bandage.

« Si maintenant nous comparons le diachylon aux bandes de toile ou de laine et aux brayers divers dont on fait usage dans le traitement de la hernie ombilicale, on ne peut s'empêcher de lui attribuer la supériorité; et pour ne parler d'abord que des bandes, qui ne voit que leur rigidité, la facilité avec laquelle elles se salissent, en rendent l'usage difficile et dispendieux? Quant aux brayers, il n'est personne qui n'en ait apprécié les inconvénients. Il est indispensable d'en avoir au moins trois de rechange; il faut tous les jours laver le tissu de coton qui enveloppe le ressort de la pelote. La stature de l'enfant augmentant rapidement, le bandage qui convient aujourd'hui n'est quelquefois plus applicable un mois plus tard. L'appareil est donc fort dispendieux; c'est là pourtant le moindre inconvénient. On sait que chez l'adulte le brayer ombilical ne se maintient qu'à condition d'être muni de plaques très larges; mais le brayer des enfants, dont la pelote est petite, se déplace surtout pendant les cris, pendant les mouvements désordonnés du petit malade, et par conséquent il peut devenir la cause d'accidents graves. Si l'on veut le fixer par des bretelles et par des sous-cuisses, ces pièces d'appareil excorient ou déchirent les parties avec lesquelles elles sont en contact. Aussi renonce-t-on généralement à contenir les hernies ombilicales des enfants avant l'âge de trois ou quatre ans. Si donc le bandage de sparadrap de diachylon remplit les indications du brayer sans en avoir les inconvénients, on doit savoir gré à M. Trousseau d'avoir, sinon proposé, car il ne sait s'il a le mérite de l'invention, du moins popularisé une méthode qui se recommande par son extrême simplicité. M. Trousseau, pour ce bandage comme pour le bandage du sein, qu'il fait également avec le diachylon, insiste singulièrement sur la bonne confection du sparadrap. Il faut d'abord que la bande ait au moins deux mètres de longueur. Or, dans les pharmacies de la ville, presque jamais le sparadrap n'a plus d'un mètre. Il faudra donc prier l'apothicaire de faire des bandes plus longues, ce qui n'est ni plus coûteux relativement, ni plus difficile. En outre, on a dû remarquer que le diachylon des pharmaciens est habituellement très brillant, très agglutinatif, très mou, ce qui peut être une qualité quand il s'agit d'en appliquer un petit morceau; mais ce qui est un défaut capital quand il faut appliquer une bande. En effet, la matière emplastique trop molle se fond, et le bandage ne tient plus. En outre, comme la térébenthine est en excès dans ce diachylon, la peau en est assez vivement irritée, et des eczémas ou des érysipèles peuvent en être la conséquence.

« Le meilleur sparadrap de diachylon est celui du Codex, celui dont la formule est suivie dans les hopitaux, celui que les apothicaires s'obstinent à ne pas fabriquer, parce que les clients ne le trouvent ni assez beau, ni assez collant. Toutefois, dans les hopitaux, même de Paris, la pharmacie centrale introduit, dans la fabrication du diachylon gommé, une modification contre laquelle M. Trousseau ne cesse de s'élever. Pendant le semestre d'été le diachylon est fait exactement selon la formule du Codex; il se roule facilement et n'a pas trop de mollesse; mais pendant l'hiver, l'abaissement de la température durcit la matière emplastique, qui se gerce, se fendille et s'enlève quelquefois quand on roule les bandes. Pour remédier à cet inconvénient, qui n'en est pas un, la pharmacie centrale introduit dans la composition de l'emplâtre de l'huile ou de l'axonge en proportion plus considérable, et elle lui donne alors plus de flexibilité et un aspect plus flatteur. Mais cette pratique est absurde, et il suffit d'un instant d'attention pour le comprendre. La température du corps de l'homme est la même l'hiver et l'été. Or, le sparadrap destiné à être en contact avec la peau ne doit pas être fait en vue de la température atmosphérique, mais bien en vue de la température du corps. La composition ne doit donc pas changer, puisque la température du corps ne change pas. Aussi, qu'arrive-t-il? Pendant l'été, jamais les chirurgiens des hôpitaux ne se plaignent du diachylon; pendant l'hiver, l'emplâtre fond et les bandages se dérangent. Il est impossible de faire un bandage ombilical et un bandage du sein qui reste appliqué sans se déranger huit et dix jours, avec le diachylon trop mou. C'est un point sur lequel M. Trousseau ne cesse d'appeler l'attention des personnes qui suivent sa visite. Il sera donc essentiel, dans la pratique civile, sous peine de ne pas réussir, de se rappeler ce que nous venons de dire. Le bandage ombilical peut rester appliqué dix et même quinze jours; ordinairement M. Trousseau le renouvelle chaque semaine. Si la hernie était peu volumineuse, si la santé de l'enfant est bonne, et son accroissement a été rapide, deux applications suffisent quelquefois. Le plus souvent il en faut quatre, et jusqu'à six, surtout si les petits malades sont chétifs. La hernie diminue quelquefois avec une rapidité vraiment extraordinaire; nous avons vu des tumeurs qui avaient deux centimètres en tout sens, ne plus avoir qu'un centimètre huit jours après l'application du bandage. Toutefois, nous devons dire qu'il ne faut pas concevoir de trop flatteuses espé-

rances d'après ce premier succès; car la diminution dans les pansements ultérieurs ne suit pas ordinairement la même progression. Serait-il convenable d'appliquer en même temps que le bandage quelques substances médicamenteuses dont on imprégnerait la compresse graduée? C'est ce que les praticiens auront à examiner; c'est ce qu'ils feront sans doute si la hernie persiste malgré l'emploi du bandage.» (*G. des H.*)

— Angine syphilitique. *Mercuriaux. Iodure de potassium; par M. Payen d'Aix.* « M.***, homme de loi de notre ville, âgé d'environ 40 ans, avait été atteint d'un chancre quelques années auparavant, lequel disparut bientôt à la suite d'un traitement insuffisant et irrégulier. Plusieurs années même s'étaient écoulées, à ce qu'il paraît, sans que cette personne eût éprouvé le moindre retentissement de ce premier accident. Ce fut à la fin de l'hiver de l'année 1842, que le gosier commença à être douloureux, et qu'apparurent bientôt tous les indices d'une angine gutturale chronique. Le médecin qu'il consulta d'abord le traita par les antiphlogistiques locaux (application de sangsues, de cataplasmes, gargarismes émollients). Comme l'usage de ces moyens n'amena pas de résultats durables, on en vint à employer la pommade stibiée en frictions, puis des vésicatoires au devant du cou. Cette médication dérivative ayant été encore inefficace ou du moins insuffisante, des questions furent adressées au malade sur son passé, et amenèrent immédiatement l'aveu de l'accident syphilitique dont nous avons parlé. L'attention du médecin fut donc fixée sur cette circonstance : il examina plus attentivement le gosier, et la prescription antisyphilitique s'ensuivit. On fit prendre les pilules de Dupuytren et la tisane concentrée de salsepareille pendant une quarantaine de jours, et cela avec une amélioration réelle. Celle-ci néanmoins ne fut pas de longue durée : les symptômes d'irritation gutturale se reproduisirent avec leur première intensité. C'est alors que le malade ayant eu occasion de me parler de son affection, je crus devoir lui conseiller l'usage de l'iodure de potassium, à la dose, en commençant, de 1 gramme sur un litre de tisane de salsepareille, avec conseil d'augmenter de 25 centigrammes tous les quatre ou cinq jours. Quand je me décidai à faire cette prescription, j'y fus engagé par la nature de la maladie et par l'ancienneté de son origine. Ce traitement répondit parfaitement à notre attente. Continué pendant soixante-cinq jours, il délivra complétement le malade de ce mal de gorge dont la ténacité ne manquait pas de lui inspirer de sérieuses inquiétudes. Ajoutons qu'en même temps que le traitement ioduré était suivi, on pouvait en quelque sorte remarquer l'élimination du principe morbide qui viciait auparavant l'économie, par le redoublement de l'appétit, l'embonpoint sensible que prenait le sujet, un sommeil plus complet et plus tranquille, en un mot par une amélioration générale des plus marquée. L'action spécifique du traitement a été dans ce cas des plus évidentes.» (*Jour. de méd. de Bordeaux*, juillet.)

— L'auteur paraît avoir obtenu des résultats heureux de l'iodure de potassium dans des cas de syphilis secondaire, ce qui s'accorde au reste avec les résultats obtenus à la clinique de M. Lisfranc et semble infirmer l'opinion de M. Ricord qui circonscrit l'efficacité réelle de ce médicament à la syphilis tertiaire.

— Guérison du goître. Il est peu de médecins habiles qui n'aient souvent traité inutilement le goître; on ne renonce pas cependant à l'espoir de le guérir, puisqu'on l'a plus d'une fois guéri en effet. Il est vrai que telle est la diversité des tumeurs connues sous ce nom qu'on ne doit s'étonner ni des succès ni des insuccès. Le docteur Morris, de Dublin, médecin au *York Dispensary*, vient de publier dans le *London and Edimb. m. jour. of med. sc.* trois cas de bronchocèle guéris ou grandement améliorés à l'aide d'un liniment savonneux très chargé d'iodure de potassium; il a fait incorporer 2 grammes (demi-gros) de ce sel par 30 grammes (une once) de savon, et il en a frictionné la tumeur tous les soirs. Dans un de ces cas il s'agissait d'un homme âgé de 45 ans, la tumeur s'étendait depuis le cartilage thyroïde jusqu'à la clavicule gauche; elle était attribuée à une affection rhumatismale fixée au cou; la guérison a été complète en un mois. Ce qu'il y a de plus remarquable encore c'est que chez cet homme la prostate était hypertrophiée par effet de la même cause, et cet état s'est dissipé en même temps que le goître par les seules frictions au cou. On pourrait par conséquent prescrire ce liniment pour être appliqué au périnée dans l'hypertrophie de la prostate, maladie si fréquente et si grave chez les vieillards.

— Erysipèle chez les enfants a la mamelle. On s'accorde généralement à reconnaître que chez les enfants à la mamelle l'érysipèle est une maladie formidable, le plus souvent mortelle. M. P. Dubois n'a vu qu'un seul enfant échappé dans les premiers mois de la vie à cette terminaison. Dans un travail qu'il vient de publier sur ce sujet, M. Trousseau confirme ces idées d'après sa propre observation; il a essayé envain tous les traitements proposés, et enfin il propose lui-même l'usage de bains généraux dans lesquels on ferait entrer 300 à 500 grammes (demi-livre à une livre) d'alcool et 50 centig. à 1 gramme (10 à 20 grains) de sublimé, et de larges cataplasmes de mie de pain auxquels on mêlerait un peu d'alcool (*Journ. de méd. et la Clin. des Hôp. des Enf.*). Cette prescription est vraiment incompréhensible. Comment peut-on prescrire l'alcool contre une maladie inflammatoire chez des sujets si tendres dont l'absorption cutanée est si facile? Ne sait-on pas d'ailleurs que chez les enfants à la mamelle l'alcool agit comme un poison foudroyant? On comprend encore moins le mélange de l'alcool avec le sublimé corrosif, substances d'actions diamétralement opposées entre elles et qui doivent nécessairese neutraliser. Est-ce sérieusement d'ailleurs qu'on oserait prescrire dans la première enfance des doses aussi formidables de sublimé corrosif?

BULLETIN OPHTHAMOLOGIQUE.

— Hypertrophie de la paupière supérieure. M. Liston, de Londres, a opéré dernièrement un cas assez extraordinaire d'hypertrophie congénitale de la paupière supérieure du côté gauche, chez une femme âgée de 34 ans La paupière était tellement agrandie qu'elle descendait jusque sur la joue, au niveau de l'aîle du nez; elle était fort épaissie; ses glandes sébacées et muqueuses étaient hypertrophiées et formaient des tumeurs plates, saillantes surtout vers l'angle externe; la membrane muqueuse était fort épaissie, granuleuse et débordait de la limite inférieure du tarse; elle sécrétait abondamment du muco-pus. La pression que cette paupière exerçait sur la joue et l'action irritante de sa sécrétion avaient agi fâcheusement sur la peau de la pommette et causaient des souffrances assez vives : la santé générale en était altérée. M. Liston a préparé convenablement la malade à l'aide d'un traitement interne; puis il l'a opérée de la manière suivante : à l'aide d'un petit couteau

il a coupé, dans le milieu de la paupière, une portion elliptique de la peau, de la largeur de trois centimètres (1 pouce) comprenant la portion malade du derme ; il a ensuite réuni les bords de la plaie à l'aide de quatre points de suture interrompus ; bandelettes adhésives, compresses trempées dans de l'eau froide. Les points ont été enlevés deux jours après. Le cinquième jours, la paupière était beaucoup raccourcie et elle continuait à se contracter. Quinze jours après, la paupière était très rapetissée, mais son bord libre a trop de largeur et s'étend au delà de l'orbite, et, en outre la muqueuse fait plus de procidence qu'avant l'opération. Cette muqueuse a été excisée par une seconde opération. Nous manquons de la fin de cette observation. (*The Lancet.*)

— Il y a une certaine ressemblance entre cette maladie et celle de la petite lèvre vulvaire dont nous avons rapporté deux exemples dans les numéros précédents. Il aurait peut-être mieux valu, dans ce cas, trancher le bord libre de la paupière à une hauteur convenable que de suivre la méthode ordinaire du prolapsus non paralytique, puisque ce bord était malade, granuleux, couvert de cryptes hypertrophiés et suppurants. Il est probable que ce bord était sans cils et qu'il ne sera pas plus beau après ce long traitement que si on l'eût dès l'abord retranché. Nous avons vu précédemment que l'excision de la paupière n'emmène pas les conséquences fâcheuses qu'on avait supposées.

— Des abcès de l'orbite ; *par M. Riberi, professeur de clinique chirurgicale à Turin.*—En 1838, l'auteur avait déjà publié un travail important sur un nouveau mode de traitement des abcès de l'orbite, en particulier de ceux qui s'organisent dans la partie supérieure et interne de cette cavité, avec carie de la paroi correspondante. Cette variété d'abcès orbitaires est la plus fréquente ; la méthode de M. Riberi s'applique également aux abcès idiopatiques du fond de l'orbite et dont le pus se dirige vers l'angle interne. On sait les grandes difficultés qu'on éprouve en général pour guérir ces sortes d'abcés, ils dégénèrent aisément en fistule, même lorsque le mal est simple, sans altération osseuse. Ce sont surtout les abcès de la paroi supérieure qui sont les plus difficiles à déraciner. La méthode de M. Riberi est des plus heureuses. Cette méthode consiste à ouvrir d'abord l'abcés de la manière suivante : un aide étale et allonge la paupière supérieure en la tirant obliquement vers la commissure externe, le chirurgien plonge un bistouri droit à l'angle interne supérieur, vers le commencement du sourcil, il pénètre dans le foyer et élargit horizontalement l'ouverture, en suivant la direction de la base de la paupière de dedans en dehors. L'abcés vidé, l'opérateur met la fosse orbitaire en communication avec la fosse nasale, il fait pour cela écarter les bords de la plaie avec des érignes mousses et applique une gouge sur le fond et contre la paroi nasale, de manière à tomber aussi loin que possible de l'appareil lacrymal et à toucher la lame orbitaire de l'ethmoïde ; il frappe doucement avec un maillet et y détermine une brèche assez large pour y passer un doigt. Cette brèche a pour double but de faciliter l'écoulement du pus et d'entamer la source de la suppuration, la carie. La guérison est prompte et ne laisse pas de difformité bien appréciable. Quand on pense à toutes les difficultés qu'on éprouve à tarir ces sortes d'abcés par la seule ouverture extérieure, aux conséquences fâcheuses du croupissement du pus dans l'orbite et aux difformités consécutives, on doit reconnaître dans la pratique de M. Riberi un véritable progrès. Voici deux nouveaux cas qui viennent à l'appui de la bonté de ces principes. Avant de les exposer, l'auteur se livre à quelques considerations générales sur les abcés intra-orbitaires, accompagnés ou non d'altération osseuse. Il se demande à quoi tient la difficulté très grande qu'on éprouve à tarir les abcés, même idiopathiques du fond de l'orbite, et leur grande tendance à devenir fistuleux ; il en trouve la raison dans les conditions anatomiques des parois du foyer ; l'une de ces parois, en effet, étant inhérente à l'œil lui-même ou aux tissus mobiles qui lui servent de pédicule, ne peut se rapprocher de l'autre qui est fixe pour oblitérer le foyer. Il est probable cependant, ajoute M. Riberi, que cette cause de dégénérescence fistuleuse n'est pas la seule, car cette dégénérescence n'a pas toujours lieu, et l'on sait d'autre part que les abcés qui se forment dans la paroi supérieure en sont plus prédisposés ; selon l'auteur cette prédisposition tient principalement au long séjour du pus dans ces sortes de foyers, en particulier dans ceux de la moitié supérieure de l'orbite dont le fond est toujours déclivé en arrrière. Les abcés intra-orbitaires qu'on observe quelquefois après l'érysipèle de la face et qui sont si graves, ne sont pas, selon M. Riberi, l'effet de cette érysipèle, ils en sont souvent, au contraire, la cause ou le point de départ ; il a observé deux cas de ce genre dans lesquels le pus de l'orbite provenait de l'intérieur du sinus frontal et avait occasionné l'érysipèle. M. Riberi a observé que, lorsqu'un abcés orbitaire se forme à la suite d'un phlegmon oculaire et que l'œil lui-même est frappé de fonte purulente, la guérison du foyer de l'orbite s'accomplit spontanément et en peu de temps, par la raison que le moignon oculaire se dégorge et se laisse entraîner en arrière, ce qui permet le recollement des parois de l'abcés. Dans ce cas, il est inutile d'ébrêcher la paroi nasale et l'on n'aura pas de fistule, à moins que les os ne soient malades en même temps. L'auteur a rencontré des abcés cachés dans l'orbite et qui avaient été méconnus ; c'était dans des cas d'affections organiques graves de l'œil ; une fois il extirpait un œil cancéreux chez un enfant (fongus médullaire), et son bistouri a decélé un foyer purulent dans l'orbite ; cet abcés n'avait pas été soupçonné jusque là. Il est clair que l'abcés n'est, dans ces cas qu'un effet secondaire de la maladie de l'organe ; le même fait se rencontre aussi quelquefois au sein atteint de cancer. Cette variété d'abcés orbitaire est la seule, dit M. Riberi, qui autorise la pratique proposée par les anciens et qui consiste à extirper l'œil pour guérir l'abcés ; il est aussi inutile, dans ces occurrences, d'ébrêcher la paroi nasale. Des deux cas que l'auteur fait connaître aujourd'hui, l'un est relatif à une femme robuste, âgée de 44 ans, qui s'était bien portée jusqu'à l'âge de 40 ans ; alors elle a été prise d'une rhinite intense, qui s'est propagée et fixée dans les sinus frontaux ; là un travail pyogénique s'est établi, avec douleur au sourcil, céphalalgie répétée et douleurs intercurrentes à la nuque. Ce travail a duré une année, puis un abcès s'est formé dans l'orbite gauche, précédé d'érysipèle à la face et aux paupières, enfin la malade est entrée à la clinique de M. Riberi. A l'examen, on a trouvé l'œil gauche à l'état de strabisme divergent, diplopique et ambliopique ; gonflement fluctuant au grand angle et vers la base correspondante de la paupière supérieure. En la comprimant, la tumeur disparaît et du pus s'écoule par la narine du côté opposé ; douleurs périorbitaires s'irradiant jusqu'à la nuque ; excroissances charnues dans la narine droite ; frissons passagers ; transpirations irrégulières. On prescrit pendant 20 jours l'usage de remèdes sudorifiques, ensuite

M. Riberi a ouvert l'abcès orbitaire; le doigt porté dans le foyer a senti à la paroi supérieure une large brèche communiquant avec le sinus frontal; la paroi correspondante s'était complétement détachée, surtout en dedans; le foyer était vaste et granuleux; la paroi orbito-nasale était intacte. Quelque temps après, M. Riberi a ébréché cette paroi, le pus s'est écoulé librement par le nez et l'ouverture palpébrale s'est fermée, l'œil a repris sa position naturelle. Consécutivement on a arraché les excroissances de la narine droite. L'autre cas a pour sujet une jeune personne de 18 ans, déjà sujette à une othorrée ancienne, puis à une rhinite qui s'est propagée jusque dans le sinus frontal du côté droit. Le mal a suppuré dans cette cavité et bientôt une tumeur indolente, du volume d'un pois, s'est montrée à l'angle orbitaire interne. Cette tumeur a persisté pendant quatre ans, offrant des variations à l'époque des règles, puis elle a augmenté de volume et s'est enfin ouverte spontanément après avoir occasionné des douleurs vives. L'ouverture est devenue fistuleuse et durait depuis trois ans lorsque la malade est entrée à la clinique. L'œil était poussé en dehors et en bas, une tumeur osseuse s'était formée à l'angle interne, un stylet introduit dans le trajet arrivait jusque dans le sourcil d'une part, et dans la fosse nasale de l'autre; mais cette ouverture était petite et ne donnait pas au pus un libre écoulement: des points nécrosés ou carrés étaient sentis. Débridement des parties molles; ébrèchement de la paroi nasale *ut supra*; exfoliations successives; excision de l'exostose; le foyer purulent s'étendait jusqu'au fond de l'orbite; injections détersives; guérison avec conservation de l'œil. L'auteur rapporte ces deux faits intéressants avec de grands détails, et les fait suivre de réflexions générales d'une grande portée pratique. (*Gior. delle sc. med. della soc. med.-chir. di Torino*, juillet).

— Staphylome diaphane. Cette maladie si fâcheuse par elle-même et si peu comprise jusqu'à ce jour, quoiqu'en disent certains copistes de Mackenzie, lesquels placent en haut ce que celui-ci avait mis en bas, et *vice versa*, concernant l'ulcération cornéale comme cause de la production coniforme, est restée à peu près au-dessus des ressources de l'art jusqu'à ce jour. Nous avons à peine pu citer quelques cas d'amélioration réelle, dans le chapitre que nous lui avons consacré dans notre publication récente (p. 470). Le docteur Pickford, chirurgien à l'Infirmerie ophthalmique de Brighton, assure cependant avoir complétement guéri des staphylomes diaphanes (conical cornea) à l'aide d'un traitement dynamique. Il administre pendant quelque temps 5 centig. (1 grain) de tartre stibié et 16 grammes (demi-once) de sulfate de magnésie tous les matins d'abord; puis deux fois par semaine. Sous l'influence de ces remèdes la cornée s'aplatit, dit l'auteur, et la vue se rétablit. Il y a quelquefois récidive; alors on recommence. Il ajoute qu'on peut, si l'on veut, remplacer le tartre stibié par le sulfate de zinc, le résultat en est le même. L'auteur, au reste, ne rapporte qu'un seul cas de guérison; c'était sur une jeune couturière dont le mal existait aux deux côtés, et qui a été traitée pendant quatre mois à l'infirmerie; mais ce cas est si peu détaillé, si peu concluant de lui-même, que nous ne croyons pas devoir le reproduire (*Dublin journ. of med.*)

— Amaurose hypersthénique. *Traitement dynamique. Guérison; par M. Cattaneo, chir. mil.* — Un carabinier à cheval, âgé de 44 ans, tempérament hépatique, est entré à l'hôpital pour une amaurose double. A l'examen, l'œil droit paraît le plus malade, le patient ne peut distinguer le jour de la nuit avec cet organe; pupille dilatée et immobile, le fond hyaloïdien offre un reflet bleu-cendré. L'œil gauche est moins affecté; pupille un peu mobile; regard irrésolu et strabique; le patient voit à peine à se conduire. Il n'avait jamais souffert aux yeux ni à la tête, mais il avait eu précédemment des gastro-entérites et des hémorrhoïdes fluantes. L'écoulement hémorrhoïdal s'était supprimé depuis six à sept mois. M. Cattaneo a diagnostiqué une affection hypersthénique des tissus profonds de l'œil. Il a mis le malade à la diète, l'a fait rester couché avec la tête haute, a pratiqué deux abondantes évacuations sanguines du bras, une troisième des vaisseaux hémorrhoïdaires, puis une quatrième des régions mastoïdienne, et enfin une autre à l'anus; tout cela dans l'espace de douze jours. Cette première indication déplétive étant remplie, mais sans amélioration notable du côté de la vue, il a prescrit des paquets de poudre, composés chacun de deux centig. et demi (demi grain) de tartre stibié et d'un peu de sucre, à prendre un toutes les heures. Le septième jour de l'usage de ce médicament la vue commençait déjà à s'éclaircir à gauche, le malade distinguait mieux les objets éloignés que les objets voisins. On a continué la médication et cet œil est allé de mieux en mieux; le seizième jour il était parfaitement rétabli, les mouvements de la pupille et la faculté visuelle étant redevenus tout à fait à l'état normal. L'œil droit commençait aussi à se dévoiler, mais l'amélioration marchait lentement de ce côté; peu de jours après néanmoins la pupille avait repris déjà une grande partie de sa mobilité. On a alors doublé, triplé les doses du tartre stibié, mais les choses n'ont pas marché plus vite; nouvelle application de sangsues derrière les oreilles, large vésicatoire à la nuque. Mieux progressif, guérison complète (*Gior. delle sc. med. della soc. med. chir. di Torino*).

— Cette observation n'est pas, à la vérité, un modèle quant aux détails précis, car l'auteur n'a ébauché que par quelques traits incomplets le véritable état des yeux, et il nous laisse ignorer la quantité du remède qu'il a administré chaque jour. Quoiqu'il en soit, comme la nature de la maladie et le résultat du traitement paraissent assez clairs au fond, nous avons trouvé utile de mettre ce fait en évidence; il rappelle les belles cures d'amaurose hypersthénique obtenues par Scarpa à l'aide de la médication stibiée, et oubliées à tort de nos jours. Qu'importe la théorie qu'on adopte relativement au mode d'action du remède, les faits n'existent pas moins, et nous ne saurions trop insister sur l'importance de cette médication. Nous avons obtenu dernièrement un résultat pareil à l'aide du nitrate de potasse.

Ingestion des médicaments. — Lorsqu'on a affaire à des enfants indociles ou à des adultes qui ne veulent ou ne peuvent ouvrir les mâchoires, et auxquels il est pourtant urgent de faire avaler un médicament, le docteur Nelson a trouvé très commode de verser celui-ci dans la narine, petit à petit, avec une cuillère. On écarte convenablement l'aile du nez en la relevant et on agit avec la cuillère. M. Nelson a constamment réussi. (*Montreal medical Gazette.*)

Traité élémentaire de chimie industrielle; *par M. Dupasquier, professeur de chimie aux écoles de Lyon*; premier volume de 742 pages. Cet ouvrage aura trois volumes. Paris, chez Carillan-Gœury, quai des Augustin, 39. Lyon, chez Savy, quai des Augustins, 48.

FAITS CRITIQUES.

— Le speculum uteri. Un jeune médecin a écrit dernièrement dans la *Gazette médicale de Paris*, que la science devait à M. Récamier l'invention du speculum de l'utérus. Il est probable que M. Récamier n'a pas lu cet article, autrement il se serait empressé de décliner un pareil honneur. Le speculum est un instrument ancien qu'on trouve figuré dans une foule d'ouvrages du XVIIe siècle. Du temps de Morgagni on se servait des speculum en ivoire et même en cristal. « Lorsque la femme est, dit cet auteur, placée dans une autre position, par exemple, dans celle qui est nécessaire à l'introduction de ce qu'on appelle le *speculum uteri*, le même orifice peut se voir même sans ce speculum, comme je l'ai vu plus d'une fois, surtout si le vagin est court, lorsqu'on introduit à sa place un tuyau d'ivoire ou de cristal d'une grosseur et d'une longueur convenables, et qu'on y fait pénétrer en même temps la lumière de la manière que je vous ai indiquée ailleurs, si cela est nécessaire. » (Epître 46, n° 18.)

Aménités de M. le professeur Forget de Strasbourg. — Dans un compte-rendu des malades qu'il a traités à sa clinique, M. Forget est on ne peut plus urbain à l'égard des savants qui ne suivent pas ses errements. Aux partisans des purgatifs dans les affections gastro-entériques il adresse, par exemple, cette éloquente apostrophe : — « Lorsqu'on voit, dit-il, le vertige que la passion communique à certains champions de la ligue réactionnaire, on serait tenté de leur dire ce que Montaigne adressait aux Purgons de son époque : Faites ordonner une purgation à votre cervelle, elle y sera mieux employée qu'à votre estomac. » *Gaz. méd. de Strab.* — Comme c'est délicat !!!

BIBLIOGRAPHIE.

Recherches sur le traitement médical des tumeurs cancéreuses du sein ; *par* M. *Tanchou, D.-M. 1 vol. in-8° de* 288 *pag., avec* 3 *pl.* — M. Tanchou s'est proposé la solution d'un problème pratique de la plus haute importance ; il veut prouver par des faits que le cancer est fort souvent une maladie guérissable dans le début, et susceptible, dans tous les cas, d'une certaine amélioration, à l'aide de remèdes dynamiques divers ; et en outre, que les seuls moyens mécaniques auxquels les chirurgiens s'arrêtent ordinairement contre cette maladie ne changent rien à l'état morbide général ; au contraire même, ils l'empirent ; aussi voit-on la maladie récidiver et faire plus de ravages après l'opération. Pour arriver à une solution, l'auteur a suivi la véritable voie, il a, d'une part, réuni un très grand nombre de faits qui viennent à l'appui de sa thèse, recueillis dans la pratique de médecins recommandables de différents pays, qui ont exercé à des époques diverses, et qui ont livré le résultat de leurs observations sans aucune vue systématique ; ces observations s'élèvent à près de trois cents ; d'autre part, il a fait lui-même de nombreuses expériences cliniques, et il a obtenu des résultats qui coïncident avec ceux des faits antérieurs, et donnent par conséquent à ceux-ci une véritable valeur. Dans ces rapprochements, M. Tanchou a fait un relevé des remèdes dynamiques qui ont paru donner des résultats incontestables, et il en a fait une série de secours importants qu'il a examinés d'une manière générale, et classés ensuite d'après un certain ordre, en rapport avec leur efficacité relative, que la pratique de ces maladies lui a révélée. Telle est l'idée générale du travail que nous avons sous les yeux.

Dans les détails, on trouve d'abord les observations cliniques avec l'indication des ouvrages d où M. Tanchou les a extraites. Ces observations ne sont pas toutes, à la vérité, bien claires, bien concluantes, soit parce que les détails ne sont pas assez explicites, soit parce que le diagnostic lui-même laisse à désirer ; mais il en est, et de modernes, dont le contenu est vraiment digne d'attention et recommande sérieusement la thèse que soutient M. Tanchou. Ajoutons que les faits douteux eux-mêmes n'offrent pas moins d'intérêt au point de vue de la résolution obtenue, car enfin, notre diagnostic actuel est-il toujours univoque quand il s'agit de tumeurs au sein, chroniques, indolores ou douloureux, roulantes, sans inflammation manifeste ni scrofule? Il s'agit de guérir, et si cette guérison peut être obtenue sans le bistouri, n'est-ce pas là un bienfait d'autant plus grand que le traitement ne peut qu'influer heureusement dans la constitution dans tous les cas. Et qu'on ne croie pas que, chez une femme qui porte une tumeur cancériforme au sein, un traitement dynamique bien entendu, soit sans importance, car, chez celle-là même dont le mal n'est pas tout à fait de nature maligne, l'organisme offre constamment, au fond, un certain germe pathologique, ainsi que nous croyons l'avoir démontré dans un article que nous avons donné sur les conditions dynamiques du cancer et les principes qui doivent régler son traitement (*Ann. de Thér.*, t. 1, p. 443). Dans l'examen spécial des remèdes anti-cancéreux, déduits des guérisons obtenues, M. Tanchou fait voir avec raison qu'il n'y a rien là de spécifique, rien d'absolu, ces moyens se rattachant à certaines indications spéciales que le praticien doit savoir remplir selon les cas. Cette manière d'envisager la question de la guérison du cancer est aussi la nôtre (voy. l'art. cité) ; elle pose en principe d'après l'observation qu'il n'y a dans chaque organisme cancéreux que des indications générales à remplir, d'après les données de la grande médecine et à l'aide d'une foule de moyens, et nullement des spécificités à combattre, ainsi qu'on l'avait supposé. De là résulte une grande série de moyens dont le praticien dispose selon les conditions particulières de chaque malade. Ici, on insiste sur les antiphlogistiques les plus usuels ; là sur les préparations de fer ; chez un autre, sur les iodés, les mercuriaux ou les arsenicaux ; chez un quatrième, c'est la ciguë, le quinquina ou la baryte qui convient, tandis que, à d'autres, il faut prescrire la belladone, la jusquiame ou les préparations d'or ; chez celui-ci, on fait des mélanges ; chez celui-là, on alterne selon les variabilités de la tolérance, etc. On prévoit déjà combien il faut de connaissances spéciales dans le maniement de ces prescriptions délicates, et de tact pratique pour saisir à propos les indications. Cette manière d'envisager la question de la guérison du cancer est la seule qui mérite réellement l'attention des cliniciens. On lira avec profit le livre de M. Tanchou.

Résumé analytique *des vues théoriques et pratiques exposées dans ses leçons cliniques sur les maladies de la peau, par M. Duchesne-Duparc, professeur particulier de pathologie cutanée.* Broch. in-8°.

Du climat et des maladies du Brésil, *ou statistique médicale de cet empire, par M. Sigaud, docteur médecin; médecin de S.M. l'empereur Dom Pèdre II, etc. etc.* Un beau volume in-8° de 600 pages sur papier vélin, prix : 9 fr. Paris, chez Fortin-Masson et comp. place de l'École de Médecine, n° 1.

Mémoires pour servir a l'etude des maladies des ovaires, par A. Chereau, D. M. P. Un vol. in-8°, Paris. 1844, prix : 3 fr. Paris, chez Fortin-Masson et comp.

PARIS. — IMPRIMERIE DE LACOUR ET COMP,
Rue Saint-Hyacinthe-Saint-Michel, 33.

Deuxième Année. Ce Journal paraît le 1er de chaque mois. N° 7. — octobre 1844.

ANNALES DE THÉRAPEUTIQUE

MÉDICALE ET CHIRURGICALE

ET

DE TOXICOLOGIE.

PUBLIÉES PAR

M. le Docteur ROGNETTA,

Ancien Rédacteur de la *Gazette Médicale* et de la *Gazette des Hôpitaux*.

Cette publication a pour but d'approfondir l'étude des Médicaments, des Poisons, des Eaux minérales, et de faire connaître avec exactitude la Pratique des Hôpitaux de Paris.

REVUE MENSUELLE DES HÔPITAUX.

L'abonnement est de
Pour Paris. . . 10 fr.
Pour la Province 12
Pour l'Étranger. 14

On s'abonne à Paris,
Chez
LE RÉD. EN CHEF,
Rue des Petits-Augustins, 15 bis.

« Pour moi, je crois qu'un seul homme peut embrasser toutes les parties de l'art; et, puisqu'on les a divisées, je » fais surtout cas de celui qui réunit le plus de connaissances qui le concernent. »

(Celse, liv. 7. c. 1.)

ÉTUDES SUR LES EAUX MINÉRALES.

« Les eaux minérales sont une richesse dont on doit compte à l'humanité.
» Alibert. »

DES EAUX FERRUGINEUSES AU POINT DE VUE CLINIQUE.

On nous permettra de consacrer encore un dernier article à ces généralités sur les eaux chalybées, le sujet nous paraissant assez important pour mériter la large part que nous lui avons faite dans ces études. Reprenons un instant l'application de ces eaux au traitement de la chlorose. Nous avons vu dans le dernier numéro combien était mal fondée l'idée de placer la condition essentielle de la chlorose dans une altération du sang, et la vertu curative des ferrugineux dans une prétendue action colorante. Le sang, en effet, n'est pas un organe, disions nous, c'est un stimulus intérieur, un agent vivant des organes, et dont la composition varie d'un moment à l'autre selon l'état des tissus qui opèrent ses transformations successives; il n'est par conséquent pas susceptible de maladie primitive. Il faut, en effet, une organisation quelconque, stable, pour éprouver primitivement un dérangement fonctionnel quel qu'il soit. C'est donc par irréflexion ou plutôt par une véritable illusion que les prétendues maladies primitives du sang sont généralement professées de nos jours. Nous nous sommes efforcé d'établir par des observations cliniques et par le raisonnement que l'altération du sang n'était qu'un fait secondaire et qu'il fallait chercher dans les organes, en particulier dans le système artériel, la véritable condition dynamique ou pathologique de l'affection; et, d'autre part, que le rôle purement chimique qu'on faisait jouer aux ferrugineux dans le traitement de cette maladie était une erreur, attendu que la coloration des tissus qui succède à l'usage de ces remèdes chez les chlorotiques avait lieu également lorsque la maladie était traitée par des médicaments efficaces d'un autre genre et entièrement dépourvus de la vertu colorante directe; que des substances réellement colorantes, telles que la betterave, la carotte, le vin rouge, etc., ne guérissaient pas la chlorose, et enfin, que loin de colorer les tissus, les ferrugineux à haute dose déterminaient au contraire la pâleur chez les sujets bien portants ou atteints de maladie réellement asthénique, phénomène qui est commun d'ailleurs à tous les remèdes hyposthénisants, en particulier, à tous les composés métalliques sans exception. D'autres considérations se rattachent à ce sujet.

On ne vise qu'à la coloration du sang dans le traitement de la chlorose. On veut à tout prix revivifier ce liquide; mais en ce cas on ne voit pas pourquoi on n'essaie de guérir en un instant la maladie à l'aide d'une certaine dose d'oxygène. La science ne connaît en effet, jusqu'à ce jour que ce seul moyen comme capable d'atteindre ce but, les expériences tentées si souvent sur les animaux ayant démontré qu'il suffisait de respirer pendant quelques heures une certaine dose d'oxygène, mélangé ou non à l'air atmosphérique ou à de la vapeur d'eau, pour revivifier le sang, l'artérialiser en quelque sorte dans les veines elles-mêmes. Quelques expériences ont été faites aussi dans ce but sur des sujets chlorotiques; malheureusement cependant les résultats n'ont pas répondu à la théorie, des accidents sérieux étant survenus, et cela devait être, ainsi qu'on va le voir. Il importe en attendant de faire comprendre que dans cette discussion il s'agit moins d'une simple théorie, d'un mode d'explication sans portée pratique, que d'une question fondamentale de laquelle découlent les indications thérapeutiques de la chlorose. S'il est vrai, en effet, que cette maladie est de nature adynamique, il est essentielle d'éviter soigneusement tous les remèdes

hyposthéniques, tel que la saignée, par exemple, pour s'en tenir exclusivement à tout ce qui tonifie ou excite, comme à une nourriture substantielle, à de la canelle, au vin généreux, etc.; et s'il est vrai en même temps que les ferrugineux agissent comme tels, il importe pareillement de ne les combiner qu'à des remèdes de nature excitante, de s'abstenir de la saignée, etc., sous peine de tomber dans des contradictions fâcheuses pour les malades et pour l'art. Or, nous allons voir que la doctrine dominante est tout à fait inexacte et conduit souvent à des applications malheureuses.

Si l'on suit sans prévention la chlorose, dès son début jusqu'à ses terminaisons spontanées, voici ce que l'on rencontre (nous avons présent le beau mémoire de M. Ashwell, de Londres, que nous avons traduit dans le temps dans la *Gazette médicale de Paris*, 1838, et plusieurs faits que nous avons pu suivre nous même avec soin). On ne s'aperçoit ordinairement de l'affection, ou du moins on ne consulte les hommes de l'art, que lorsque l'un des symptômes les plus frappants, c'est-à-dire la pâleur, est à son maximum de développement et avec le cortége des phénomènes morbides qui l'accompagnent; mais avant, la maladie existait déjà sous forme larvée ou mal appréciée, et c'est l'accroissement incessant des symptômes de cette période d'incubation qui attire plus tard l'attention. Le mal est toujours général dès sa naissance, mais des manifestations locales existent en même temps. Il y a lassitude générale, dyspnée et dérangement des voies gastriques d'abord, et par suite maigreur progressive; le pouls est fréquent, la peau chaude et sèche (et l'on prétend que ce sont là des symptômes de faiblesse véritable!). S'il s'agit d'une personne du sexe, et c'est le cas le plus ordinaire, les fonctions utérines s'altèrent plus ou moins, il survient soit une aménorrhée, soit une dysménorrhée, soit des flueurs blanches, soit de la nymphomanie (et l'on veut que ce soit là des phénomènes d'adynamie!). L'intestin se constipe, le ventre devient dur et plus ou moins douloureux, l'appétit se dépraye, des hématémèses se déclarent (Et c'est toujours des symptômes d'asthénie!). Remontez à la poitrine: l'action du cœur est exagérée considérablement, l'aorte se dilate, s'épaissit et s'ossifie, des hémoptysies ont lieu, ainsi que des points de côté et de la difficulté de respirer (toujours de la faiblesse dit-on!). Des céphalalgies, des névralgies, des symptômes choréiques ou même épileptiques, inaptitude aux travaux d'intelligence (et c'est aussi des phénomènes asthéniques occasionés par la décoloration du sang!). Suivez ces sujets à leur lit de mort, vous les verrez succomber à des affections congestives, à des maladies franchement inflammatoires, à une phthisie tuberculeuse, par exemple, et l'on persiste à croire que la chlorose n'est au fond qu'une maladie adynamique ou de faiblesse, une véritable anémie hématique! On a beau faire remarquer sur les cadavres de ces malheureux que les ossifications artérielles qu'on y rencontre dénotent une artérite lente; que les hypertrophies au foie, à la rate, au cœur, avec ou sans ossification, se rattachent à ce même travail; que les tubercules eux-mêmes et les épanchements dans les cavités séreuses supposent des conditions dynamiques autres que celles qu'on admet; on ferme les yeux à la lumière et l'on trouve plus commode de s'en tenir à de simples apparences vulgaires qui apprennent que c'est le soleil qui tourne, que de mettre en contribution les lumières de la science qui démontrent précisément le contraire. Singulière doctrine qui englobe des dérangements si divers, et d'un caractérisation si différente lorsqu'ils existent sans pâleur, dans une hypothèse absurde. Nous disons *absurde*, car la diminution des globules du sang, la pâleur, en un mot, se rencontre très souvent sans les phénomènes dont nous venons de parler. Nous devons ajouter même que d'après les micrographes, partisans de cette doctrine, ce caractère de la diminution des globules rouges dans le sang des chlorotiques est beaucoup moins prononcé qu'on le suppose. Voici, par exemple, comment s'exprime M. Donné à ce sujet:

« Il est manifeste, dit-il, que les globules sanguins présentent dans l'affection chlorotique bien caractérisée, un aspect particulier dont on n'est pas toujours frappé à la première inspection, mais que l'on ne peut méconnaître par une attention prolongée, en ayant soin de comparer le sang chlorotique à quelque autre échantillon de sang normal. La modification qu'ils ont subie consiste dans une décoloration sensible de ces particules, dans une transparence plus grande, et peut-être aussi dans une diminution, jusqu'à un certain point appréciable de leur nombre. Les globules sanguins, proprement dits, n'offrent pas dans ce cas de déformation; ils ne se flétrissent pas plus facilement, ni plus promptement que ceux du sang ordinaire, et ils se réunissent en chapelets comme ceux-ci, mais ces chapelets tranchent moins sur le fond du champ microscopique, et surtout les petites lignes noires formées par les contours des globules sont moins marquées. Ces caractères sont plus ou moins prononcés, suivant le degré de l'affection, mais quelques malades me les ont offerts avec une intensité remarquable; cette altération paraît s'accorder avec la décoloration générale des tissus qui dépend, sans doute, d'une certaine modification dans la composition, ou dans la proportion de la matière colorante du sang. Je n'ai rien remarqué de particulier dans l'aspect et dans la structure des autres particules du sang (globules blancs et globulins), chez les chlorotiques. » (*Cours de microscopie*, p. 130.) Nous pourrions invoquer encore les recherches chimiques de M. Lecanu sur le sang des chlorotiques et qui sont loin de confirmer pleinement les présomptions qu'on débite généralement sur cette question. Disons seulement qu'à l'état normal la proportion du fer dans le sang, sans être rigoureusement déterminée, n'est que très faible d'après les analyses de M. Lecanu, et que la vieille croyance de Menghini qui espérait fabriquer des clous et des épées avec le fer retiré du sang de l'homme est une exagération tout aussi ridicule que l'assertion de Deyeux et Parmentier qui s'imaginaient pouvoir faire frapper des médailles avec le fer obtenu de leur sang. Le vieux Ruysch était assurément plus dans le vrai que ces savants quand il espérait faire fabriquer des manches de poignards avec des fémurs éburnés de quelques uns de ces malades. M. Lecanu compte rien moins que vingt-sept éléments dans le sang. En cas de maladie, le fer n'est pas le seul élément en défaut. Pourquoi s'arrête-t-on à celui-là plutôt qu'aux autres? Jamais peut être une théorie n'a été plus inepte!

On voit par conséquent que la prescription des eaux ferrugineuses contre la chlorose doit se rattacher à d'autres principes et être combinée à d'autres éléments qu'à ceux qu'on enseigne. Il s'agit moins chez les chlorotiques d'obtenir la coloration du sang ou l'augmentation des globules rouges (phénomène secondaire et qui suppose déjà une modification salutaire sur les organes destinés au perfectionnement de l'hématose), que de combattre l'état morbide des organes, l'artérite lente, générale, véritable source des symptômes que nous venons de rappeler. Dans un article récent de M. Tommasini, sur l'artérite lente, nous avons vu (*Ann. de Thérap.*, 1844, p. 128) que loin d'être nuisibles, comme on le présume, les petites saignées répétées sont favorables aux chlorotiques; et c'est là un des coadjuvants importants des eaux chalybées dans les cas, bien entendu, où les ferrugineux seuls paraissent insuffisants. Viennent ensuite les hyposthénisants d'un autre ordre que l'on prescrit si souvent avec avantage aux chlorotiques en Angleterre, tels que l'aloès, la rhubarbe, le carbonate de magnésie, les eaux alcalines et iodées, celles de Vichy, etc. Disons enfin que nous ne connaissons rien de plus nuisible aux chlorotiques que l'usage du vin généreux et des viandes rôties dont on les bourre communément par suite des fausses idées qui dominent si fâcheusement ce point de la science.

Passons maintenant à d'autres applications des eaux ferrées. En parcourant les faits cliniques consignés, soit dans des brochures spéciales, soit dans des journaux anciens ou récents on trouve, indépendamment de la chlorose, une foule d'affections diverses parfaitement guéries ou soulagées à l'aide de ces eaux. Ces faits peuvent être groupés en sept catégories : 1° maladies utérines (hémorrhagies, dysménorrhée, aménorrhée, leucorrhée, engorgement du col, certaines stérilités); 2° affections herpétiques (dermatoses chroniques); 3° maladies articulaires (rhumatisme, goutte, tumeurs blanches, vieilles blessures, demi-ankylose); 4° maladies de l'estomac et des reins (dyspepsie, gravelle); 5° maladies du péritoine (hydropisies); 6° maladies du système nerveux (paralysies, odontalgies, amauroses), 7° maladies du cœur et des gros vaisseaux. Ce résumé, que nous avons déduit d'un grand nombre d'observations de différents auteurs, s'accorde, à peu de choses près, avec les remarques d'Alibert à l'égard de certaines sources ferrugineuses. C'est ainsi qu'en parlant des eaux de Saint-Honoré il dit : « Les bains de Saint-Honoré sont vantés dans les maladies chroniques de l'abdomen, dans les douleurs rhumatismales et goutteuses. On cite madame la comtesse d'Ax, qui, revenant du Mont-d'Or avec un asthme convulsif sans avoir été soulagée, se trouva bien de ceux de Saint-Honoré. On rapporte aussi la guérison d'un ecclésiastique qui ne pouvait marcher qu'avec des béquilles, et qui recouvra l'usage de ses jambes. Leur utilité pour les affections herpétiques a été enfin attestée par M. Vincelet, médecin à Moulins-Engilbert; par M. Lecœur, médecin très distingué à Château-Chinon; et par M. Vialay, maire de cette dernière ville, et médecin inspecteur de ces eaux. » Et en parlant des eaux de Forges, Alibert ajoute : « On les administre comme un excellent tonique, dans les leucorrhées anciennes, dans les hydropisies, dans les engorgements abdominaux. C'est surtout contre la stérilité que quelques auteurs les recommandent. Aussi voit-on tous les ans plusieurs jeunes femmes qui vont chercher auprès de ces eaux un espoir que le hasard réalise quelquefois et qui double alors la confiance générale. Mais il est facile de sentir combien ce qu'on a dit à ce sujet est vague et incertain. »

Si l'on médite d'après l'état actuel de la science, chacun de ces groupes de maladies, on verra qu'ils se rapportent tous à des conditions hypersthéniques et qu'elles ne sont traitables avantageusement que par des remèdes hyposthénisants. Comment une hémorrhagie utérine pourrait-elle être arrêtée par des médicaments réputés toniques ou excitants, tels qu'on suppose être les ferrugineux? On admet, il est vrai, des hémorrhagies passives, et l'on a soin d'établir que c'est dans celle-ci seulement que ces médicaments sont utiles. Cette opinion ne date que du XVIIIe siècle, elle ne se rencontre nettement formulée pour la première fois que dans Cullen. « Les eaux ferrugineuses sont, dit-il, nuisibles dans toutes les hémorrhagies actives; et si elles ne nuisent point dans les hémorrhagies produites par une cause externe, je crois qu'elles sont au moins inutiles. Il y a apparence que ces préparations sont les remèdes les plus efficaces que l'on puisse employer dans les cas de fluidité générale, que l'on désigne fréquemment sous le titre de cachexie, et dans tous les cas d'évacuations sanguines ou séreuses produites par relâchement » (*Mat. méd.*, t. 2, pag. 25). Antérieurement à cette époque la prescription était plus vague, plus générale et plus absolue, car nous trouvons dans Geoffroy, à propos du safran de mars (vinaigre martial) cette phrase remarquable : « On le prescrit heureusement dans les diarrhées, les dyssenteries et *toute sorte* d'hémorrhagies » (*Mat. méd.* t. 1, p. 306). On doit donc se demander si la distinction des métrorrhagies en actives et passives est bien basée. Nous connaissons des métrorrhagies actives, par congestion, par phlogoses ou par corps étrangers (corps fibreux, polypes, cancer, etc, etc.), mais nous cherchons en vain les hémorrhagies passives dans la rigueur du mot, à moins qu'on ne veuille désigner comme telles celles qui succèdent aux accouchements non suivis de contraction de l'utérus ; mais outre qu'elles sont loin d'être passives, ce n'est pas dans ces occurrences qu'on prescrit les eaux ferrugineuses. Les anciens, antérieurs à Cullen, étaient donc plus dans le vrai que les modernes quand ils prescrivaient les ferrugineux dans toutes les hémorrhagies indistinctement de l'utérus, des poumons, du nez ou des vaisseaux hémorrhoïdaires; toutes ces hémorrhagies émanent, en effet, de conditions hypersthéniques, et si ces médicaments les combattent heureusement avec ou sans addition de la saignée,

c'est en vertu de leur action hyposthénisante vasculaire. On peut en dire autant des autres maladies utérines que nous avons rangées dans la première catégorie et sur lesquelles nous avons déjà eu l'occasion de nous expliquer. Jugez à présent des paroles suivantes d'un auteur moderne qui signale comme contre-indiquées les eaux chalybées dans les cas précisément où elles sont au contraire le plus utiles. Il est impossible d'accumuler plus d'inexactitude que dans ce petit paragraphe, et pourtant ce sont là les opinions généralement professées depuis longtemps.

«Les eaux ferrugineuses, éminemment toniques, activant la circulation, la digestion et l'absorption, sont, dit-il, contre-indiquées dans toutes les maladies aiguës. Elles ne peuvent être employées par les sujets forts, pléthoriques, disposés aux congestions, puisqu'elles développent la pléthore sanguine. On ne les conseillera jamais lorsqu'il y aura disposition à une inflammation, ni aux individus à constitution nerveuse, irritable ; à ceux menacés de phthisie ou dont la poitrine est faible, délicate; à toutes les personnes atteintes d'affections organiques du cœur ou des gros vaisseaux. L'action de ces eaux sur l'utérus en contre-indique l'usage pendant la grossesse. Leur emploi prolongé ou mal indiqué occasionne des pesanteurs de tête, des gastralgies, des hémorrhagies plus ou moins graves. On doit donc cesser d'en boire, ou au moins en diminuer la dose, dès qu'on éprouve de la céphalalgie, lorsqu'il n'est pas possible de choisir une source plus faible. Les eaux ferrugineuses qu'on emploie souvent dans les hémorrhagies utérines, ne sont utiles que dans le cas d'hémorrhagies passives, lorsque les vaisseaux utérins ont perdu leur contractilité, et que le sang suinte à travers les orifices béants de ces vaisseaux. On a constaté leurs effets souvent nuisibles dans les métrorrhagies des femmes hystériques, qu'accompagnent ordinairement un état d'éréthisme; dans ce cas, on n'emploie avec raison les eaux ferrugineuses qu'après avoir fait usage des moyens calmants. Ces eaux ne doivent pas être conseillées dans les cas d'hypocondrie et de mélancolie. Elles sont encore contre-indiquées lorsqu'il y a embarras des premières voies, engorgement des intestins, constipations opiniâtres, et généralement on doit en cesser l'emploi dès qu'elles sont difficilement supportées par l'estomac. » (*Chenu, Eaux de Passy*).

Si au lieu de se livrer à ces singulières proscriptions, basées sur des idées théoriques, sur des hypothèses sans fondement, l'auteur se fût donné la peine d'interroger l'expérience, il aurait vu que sans être toujours suffisantes pour guérir à elles seules les affections ci-devant nommées, les eaux en question sont toujours d'un secours aussi précieux que nos meilleurs antiphlogistiques. On parle de maladies aiguës, inflammatoires, sans réfléchir qu'ici l'indication réclame des remèdes à action instantanée, l'énergie des eaux étant trop faible dans le principe de ces affections ; mais vers leur déclin elles conviennent parfaitement, et elles ne sont contre-indiquées d'ailleurs à aucune époque. On ne veut pas que les phthisiques, les sujets atteints de maladies organiques du cœur ou des gros vaisseaux boivent de ces eaux ; mais c'est encore là une erreur. Assurément elles ne suffisent pas pour la guérison si le mal est avancé, mais leur utilité est incontestable, si non comme moyen curatif au moins comme coadjuvant de médicaments plus énergiques. Ainsi de suite pour les autres affections mentionnées dans la note ci-dessus. C'est ainsi qu'on a fait de l'hydrologie médicale : un premier auteur, conduit par de fausses idées théoriques, établit des indications et des contre-indications *à priori*, d'autres le suivent sans critique et même sans le citer, sans se donner la peine de consulter une seule fois l'expérience, et les choses marchent ainsi d'époque en époque. Qu'en est-il résulté? C'est que ce point de science est resté enseveli dans les décombres de l'erreur, et ceux-là seuls sauront le mettre dans son vrai jour qui auront assez d'énergie pour briser la vieille chaîne de la routine et consulter la nature sans prévention. Que peut-on conclure d'une doctrine qui regarde les ferrugineux comme une sorte de peinture intérieure, alors que les partisans eux-mêmes de cette théorie sont obligés de reconnaître que : «On emploie avec succès les eaux minérales ferrugineuses dans le tremblement des membres, les débilités des extrémités qui succèdent à la paralysie, et que depuis plusieurs années on a beaucoup vanté en Angleterre surtout, contre les nevralgies, et particulièrement le tic douloureux, le sous-carbonate de fer, donné à la dose d'un à trois gros par jour, en trois fois» (Mérat et Delens). Comment osez-vous donc conseiller un remède prétendu tonique, excitant, un remède qui colore le sang, selon vous (malgré qu'il s'échappe par les urines), contre une maladie qui n'est réellement qu'un reste d'une méningite ou d'une myélite spinale, et qui doit s'exaspérer sûrement par tout ce qui excite réellement l'économie? On ne peut, en vérité, en présence de faits de ce genre qu'établir l'une de ces deux choses : ou votre doctrine est fausse ou la pratique que vous recommandez est en contradiction avec vos principes. Nous attendons, pour développer davantage ces simples observations que M. le professeur Forget de Strasbourg s'explique sur les questions ci-dessus, lui qui naguère brandissait de la frontière du Rhin le drapeau de mort contre tous les hommes qui oseraient adhérer aux nouvelles études dynamiques qui doivent réformer la science entière. Nous n'en finirions pas si nous voulions discuter l'un après l'autre, et avec quelques détails, les groupes de maladies que nous venons d'énumérer à propos de ces eaux, mais nous parlons à des médecins instruits, et il nous suffit d'avoir énoncé quelques données pour qu'on saisisse ce que le manque d'espace et la longueur de ces généralités ne nous permettent pas de développer. Tout cela, au surplus, sera repris en sous-œuvre dans la suite de ces études. Nous avons hâte d'arriver à une autre famille d'eaux minérales que nous n'avons que touché à peine en passant, nous voulons parler des eaux dites salines.

Eau froide. — Pouteau, de Lyon, prescrivait l'eau froide contre le cancer ; il supprimait tout aliment, tenait les malades à la diète sévère et ne permettait que de l'eau à la glace, 5 à 6 pintes dans les 24 heures. L'appétit cesse, dit-il, au bout de peu de jours, et les malades peuvent supporter ce régime pendant près de deux mois. (OEuv. posth., t. 1.)

DOCUMENTS HYDROLOGIQUES.

De l'eau oxygénée. — Par une sorte d'abus de langage on avait donné le nom d'eau oxygénée à une limonade nitrique, c'est-à-dire à une eau acidulée par une petite dose d'acide azotique. L'eau d'orage, et celle qu'on obtient dans les laboratoires, offrent quelquefois une pareille condition. La faible quantité d'acide nitrique est attribuée dans ces cas à l'oxydation d'un peu d'azote atmosphérique pendant la combustion ou par l'action d'un courant électrique; mais dans les pharmacies l'eau en question était préparée en ajoutant un peu d'acide à de l'eau distillée. Cette espèce de limonade peut être utilement employée au même titre que tout autre limonade minérale, c'est-à-dire comme hyposthénisante vasculaire, en particulier contre les affections chroniques de la peau à fond d'excitation. Cependant on ne s'en sert plus de nos jours, ou du moins que très rarement. En tout cas il ne faudrait pas l'appeler *eau oxygénée*. Déjà cette dénomination est par elle-même vicieuse; car l'eau commune est aussi oxygénée, puisqu'elle résulte d'un volume de gaz oxygène et de deux volumes d'hydrogène, ce qui correspond à un poids beaucoup plus considérable du premier que du second de ces éléments (88,904 en poids d'oxyg. et 11,096 d'hydrog.). En conséquence, c'est bien là un corps extrêmement oxygéné; il l'est si bien que le brillant lumineux que l'eau présente dans l'obscurité est attribué à la présence de la grande quantité d'oxygène.

De nos jours, on reconnaît dans les pharmacies deux espèces d'eau oxygénée, savoir : l'eau dite de M. Thénard, ou deutoxyde d'hydrogène, et l'eau distillée ordinaire dans laquelle on incorpore une certaine quantité de gaz oxygène pur. La première est plutôt un liquide particulier, médicamenteux si l'on veut, qu'une eau oxygénée simple. L'eau, en effet, passe par plusieurs manipulations différentes, à travers des substances diverses, des acides, des sels, et enfin elle est censée avoir absorbé l'oxygène de la baryte (deutoxide de barium). Il en résulte une eau diaphane, d'un goût amer horrible, astringent, caustique, faisant vomir comme le tartre stibié, et exerçant probablement aussi une action toxique sur l'économie. Cependant les chimistes, et M. Thénard lui-même, assurent que l'oxygène n'a pas d'odeur ni de saveur. On dit que cette eau représente le maximum d'oxydation de l'hydrogène, aussi M. Berzélius l'appelle-t-il *suroxyde hydrique*. C'est toujours cependant un produit de l'art. On s'en est quelquefois servi en médecine en la délayant plus ou moins avec de l'eau simple; mais elle n'est pas employée de nos jours jours à ce que nous sachions.

L'autre espèce d'eau oxygénée n'est pas très en usage, mais elle pourrait bien l'être. Pour nous former une idée de ses qualités nous venons d'en faire préparer quatre bouteilles par M. Barruel, préparateur des Cours de chimie de la Sorbonne. Ce praticien a fait bouillir de l'eau distillée, puis il a fait passer dans le liquide un courant d'oxygène pendant trois jours et trois nuits, en agitant de temps en temps chaque bouteille, afin de favoriser la solution du gaz. Aucune machine à pression n'a été employée; en conséquence l'eau n'est pas chargée au maximum. On sait que par une forte pression l'eau peut absorber jusqu'au tiers de son volume d'oxygène. Telle qu'elle est cependant cette eau diffère beaucoup de l'eau ordinaire, elle a un goût légèrement amer et nauséabond, et pique un peu le palais; elle ne dégage aucune bulle de gaz et semble plus brillante que l'eau commune, à cause sans doute de l'excès d'oxygène dissous dans sa masse. Nous en avons bu plusieurs verres. Un jeune confrère de Trévise, le docteur Marin, en a bu à son tour dans notre cabinet; mais nous n'avons éprouvé aucun effet notable, si l'on en excepte le léger goût d'amertume émétique. Pas le moindre effet d'excitation; nous serions même porté à croire que loin d'exciter l'oxygène exerce au contraire une action dynamique hyposthénisante; nous comprenons cependant que des expériences plus concluantes seraient nécessaires pour résoudre cette question. Toujours est-il que l'action stimulante que les auteurs attribuent à l'eau oxygénée est plus que problématique, et c'est quelque chose que de pouvoir douter et éviter peut-être une erreur. Nous pouvons en attendant regarder l'eau en question comme une eau minérale artificielle extrêmement faible, bonne à prescrire quand on ne veut rien faire, ou bercer innocemment l'imagination de quelque hypocondriaque, à titre de médecine morale. On peut en prendre plusieurs bouteilles par jour.

— Eau de pluie a Londres. On s'est assuré que l'eau de pluie recueillie à Londres, contient non seulement de l'acide sulfureux, mais aussi une faible proportion d'acide sulfurique, surtout en hiver. On attribue ce phénomène aux gaz qui se dégagent des foyers alimentés par le charbon de terre. M. Darcet avait le premier signalé la présence du gaz acide sulfureux dans l'atmosphère de Londres; il s'en était assuré en plaçant sur son chapeau du papier de tournesol humide qui est devenu promptement rouge.

— Eau aérée. — « L'air se dissout dans l'eau en proportion évaluée à environ 1/25 du volume de ce liquide. — L'air se dissolvant dans l'eau en raison de la solubilité des gaz qui le composent, celui qu'on en extrait par ébullition contient une proportion anormale d'acide carbonique et 32 p. 0/0 d'oxygène, au lieu de 21 p. 0/0. — Un fait qui semblerait prouver que l'air n'est pas tout à fait insipide, c'est que l'eau non aérée est fade, et qu'elle acquiert une certaine sapidité par l'agitation dans l'air. En admettant du reste, que l'air ne soit pas tout à fait sans saveur, il ne faut l'attribuer qu'à l'oxygène, car l'azote ne peut avoir qu'une influence négative et l'acide carbonique est en trop faible quantité pour contribuer en rien à cette sensation. » (Dupasquier, Chimie).

— Eau froide. — « La boisson de l'eau froide est d'une efficacité reconnue pour calmer les douleurs violentes d'une attaque de goutte aussi bien que pour tempérer la soif et l'ardeur qui y sont quelquefois insupportables. Rondelet me paraît être le premier qui ait regardé la boisson d'eau froide comme spécifiquement utile dans la goutte. Vander-Hyede, dit qu'il n'est point de remède plus puissant pour prévenir l'accès de la goutte et le guérir lorsqu'il est déjà commencé. Quoique cet éloge soit exagéré, Vogel a recommandé avec juste raison ce remède, et j'en ai vu souvent les meilleurs effets. Il me paraît vraisemblable que l'impression de l'eau froide sur l'estomac est alors (par un effet ressenti sympathiquement) perturbatrice de l'état goutteux dans les fibres des parties souffrantes, et que l'interruption de cet état dans ces fibres suspend la production des douleurs de la goutte. Cependant, il est des restrictions qu'il faut apporter à l'usage de la boisson d'eau froide dans ce cas, et qui n'ont pas été suffisamment déterminées. Quand la soif et la fièvre sont fortes, cette boisson peut abattre brusquement les mouvements salutaires de la nature; ce qui a fait dire a Musgrave mais trop généralement, que l'usage en est toujours téméraire et périlleux. On doit craindre aussi que l'excès de la boisson d'eau froide ne fatigue l'estomac, qui est communément plus ou moins lésé dans les attaques de la goutte. La même remarque s'applique à l'usage des boissons rafraichissantes composées, comme les émulsions nitrées, etc., (Barthez, Traité des malad. goutt. ch. 3, §. 28).

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Recherches expérimentales sur le diabète sucré ; *lues à la Société médico-physique de Florence (séance du 14 juillet 1844), par M. le docteur S. Capezzuoli, professeur de chimie organique au grand hôpital de cette ville* (1).

J'ai déjà publié un travail sur le diabète sucré (Voy. *Annali universali di med.*, mars 1843); depuis lors j'ai eu l'occasion d'observer un assez grand nombre de sujets atteints de cette maladie; plusieurs, entre autres à la clinique de M. Bufalini, que j'ai pu suivre avec ce professeur. Je me suis livré à de nouvelles expériences et je suis arrivé à des résultats que je crois dignes d'intérêt. Je commencerai par déclarer que, pour déterminer la quantité de sucre contenue dans les urines, je n'ai pas suivi le procédé de la fermentation que j'avais adopté autrefois, mais bien celui de la précipitation à l'aide de l'acétate de plomb avec un léger excès de base, ensuite du gaz sulfhydrique et de la réduction consécutive de tout le liquide urineux en sirop. Pour rendre ensuite comparables entre elles les quantités de sirop obtenues, j'ai cherché, autant que possible, de ramener le sirop toujours à la même densité, à l'aide du calorique d'abord, puis du refroidissement, de man ère à avoir une masse jaunâtre, très filante, et se crispant à sa surface à chaque inclinaison du vase. Ce mode d'appréciation ne tient sans doute pas compte des petites différences, mais il était suffisant pour le but que je m'étais proposé dans ce travail. J'ajouterai enfin que je n'ai pas manqué de m'assurer préalablement de l'existence du sucre dans chaque urine, à l'aide du procédé que j'ai déjà publié (*Gaz. Tosc. delle sc. med*, 1843, n° 19), savoir : par l'oxyde de cuivre hydraté et une solution de potasse caustique. Constamment, le précipité a offert ce changement graduel et successif de couleur qui est l'effet de la réduction du cuivre en la présence du sucre.

1e *Fait.* — Un diabétique, reçu en nov. 1843, a été mis à une alimentation ordinaire, abondante; il rendait 8 kilos (16 livres) d'urine par jour, tandis qu'il ne prenait que 5 kilos (10 livres) de boisson par 24 heures. J'ai fait recueillir séparément les urines qu'il émettait après minuit et celles qu'il rendait avant et après midi. J'avais ainsi les urines rendues aux époques les plus éloignées et les plus rapprochées des repas. Ayant recueilli 810 grammes (27 onces) des urines les plus éloignées des repas, je les ai analysées et j'ai obtenu un peu plus de 2 grammes (44 grains) de sirop, tandis qu'une quantité pareille de la seconde espèce d'urines m'a donné un peu plus de trois grammes de sirop (62 grains). La quantité totale que le malade rendait de sirop par 24 heures, s'est trouvée, terme moyen, demi-kilos (15 1|2 onces). Huit jours plus tard, l'urine que le malade rendait par 24 heures s'était réduite à 5 kilos (10 livres); j'ai opéré de nouveau comme précédemment sur 810 grammes de liquide obtenu aux heures les plus éloignées des repas et j'ai trouvé cette fois trois grammes et demie de sirop (71 grains), c'est-à-dire une augmentation de plus de la moitié; de sorte que en admettant comme précédemment une augmentation proportionnelle de sucre dans l'urine rendue aux époques voisines des repas, il se trouve au total dans les 5 kilos d'urines une quantité de sucre à peu près égale à celle que j'avais trouvée dans les 8 kilos qu'il émettait les premiers jours. Vers les premiers jours de décembre il a été soumis à un régime animal, ayant seulement 60 grammes (2 onces) de pain et pas d'aliments liquides; en peu de jours, il s'en est dégoûté, il n'avait plus faim et ne mangeait même pas la totalité de sa ration de pain; il prenait 1,500 grammes (3 livres) de boisson, il émettait seulement deux kilos et demie (5 livres) d'urine. Ayant prélevé 810 grammes de l'urine rendue aux heures les plus rapprochées des repas, j'y ai trouvé trois grammes de sirop (58 grains). Il était évident que la quantité de sucre sur la masse totale avait notablement diminuée. Les jours suivants le malade a été tenu au même régime, il a été de plus en plus dégoûté des aliments, ses urines sont réduites à 1500 grammes (trois livres) par jour, puis à 1200 grammes qui m'ont donné seulement 2, gm. 80 (56 grains) de sucre; mais bientôt après le malade a succombé.

2e *Fait.* — Le 16 janvier 1844 une jeune femme diabétique se trouvait à la clinique, nourrie abondamment d'aliments ordinaires, elle rendait neuf à dix kilos d'urine par 24 heures. J'en ai analysé 360 gm. (12 onces) pris sur la masse commune, et j'y ai trouvé 1 gm. 12 (22, 3 grains), ce qui donne pour la quantité entière des urines de chaque jour un total de plus 500 gm. de sirop. Le 22, ayant fait recueillir à part l'urine rendue depuis minuit jusqu'à six heures du matin, j'ai trouvé sur une même quantité (360 grammes) une dose de sirop égale à la précédente, c'est-à-dire un peu plus d'un gramme; tandis que, sur une quantité égale d'urine prise sur celle que la malade avait rendue dans le reste de la journée, depuis 10 heures du matin jusqu'au soir, je n'ai trouvé que 1, gm. 03 seulement (20, 4 grains) de sirop, ce qui m'a beaucoup étonné. Le 26, j'ai voulu opérer sur l'urine rendue aux heures les plus éloignées des repas, sur celle rendue à cinq heures et demie du matin, savoir 12 heures après le dîner (la malade ayant déjà vidé la vessie à 4 heures du matin); j'ai trouvé 1 gm. de sirop (19, 3 grains) sur 360 grammes de liquide. Le 10 février, sur une même quantité d'urine prise sur la masse commune j'ai trouvé également 1, gm. 02. de sirop (20, 3 grains). La malade a été soumise consécutivement à une abondante alimentation animale, sans pourtant y faire entrer de matières féculentes ni sucrées. Le 12, premier jour de ce régime, la quantité des urines a remarquablement diminuée en proportion de celle de la boisson; la malade n'avait pris que 1500 gm. de liquide et n'avait rendu que 3000 gm. d'urine. Une dose de 360 grammes de ces urines ne m'a donné que 0, 80 (16, 5 grains) de sirop, ce qui indiquait une diminution notable dans cet élément. Le 13, deuxième jour du régime animal, boisson prise 2250 gm., urine rendue 4000 gm., sirop obtenu 0, 80 par 360 grammes. Le 14, boisson prise 7500 gm., urine rendue 3000 gm., sirop 1 gm. par 360 gm. Le 15, boisson 3000 gm., urine 3000 gm., sirop *ut supra*. Le 17, boisson, urine, *ut supra*, sirop 0, 80. Le 18, huitième jour du régime, boisson 3000 gm., urine 4000 gm., sirop 0, 90. Quelques jours après, on ajoute à l'alimentation, exclusivement animale, 60 gm. de pain, puis 180 gm. de pain; pas de changement notable dans la quantité ni dans la qualité des urines. Le 29, cependant, l'urine s'est élevée à 7000 gm., la boisson étant maintenue à 3000 gm., ce qui a coïncidé avec l'état humide de l'atmosphère; 360 grammes de cette urine ont donné plus de 1 gm. de sirop (21, 8 grains). Le

(1) Gazetta Toscana delle scienze medico-fisiche.

10 mars, boisson 2250 gm., urine idem, sirop 0,70 par 360 gm. Le 19, boisson, urine, sirop, *ut supra*, ce qui dénote une diminution, comparativement aux jours précédents. Le 20, cependant la proportion de sucre est remontée à 1 gm. par 360 gm. d'urine, malgré que la quantité de boisson et d'urine fût restée la même. La petite addition de pain restaure la malade, lui donne des forces et de la couleur. Le 31, boisson 3500 gm., urine 4000 gm., sirop 1, 05 sur 360. La quantité de l'urine a oscillé entre 5500 gm., et 4,000 gm., pour remonter ensuite à 6000 gm. et redescendre après à 4000 gm. Le 16 avril, boisson 2000 gm., urine 3750 gm., sirop 0, 80 sur 360 gm. Le 1 mai, boisson 3250 gm., urine 4500 gm, sirop proportionnel 1 gm. Le 15, boisson 2000, urine 2750 gm. (le jour précédent l'urine avait été seulement 2000) sirop proportionnel 1, 17 gm. (23, 4 grains). On voit par conséquent qu'avec une diminution aussi notable de l'urine correspond une augmentation proportionnelle du sucre. Le 15 juin, boisson et urine *ut supra*, sirop 1 gm. (20, 7 grains) par 360 gm. de liquide. Le 21, boisson 4500 gm., urine 8000 gm. Cette augmentation considérable des urines a coïncidé avec le retour de la malade à l'alimentation abondante primitive, dont elle s'était abstenue depuis quatre mois et demi pour suivre un régime presque exclusivement animal. La quantité proportionnelle du sirop s'est trouvée sensiblement augmentée (1, gm. 20 par 360 gm. d'urine). Le 23, boisson et urine idem, sirop 1 gm 60; il y a eu donc une diminution remarquable sans qu'on pût dire pourquoi. A la suite de ces longues épreuves hygiéniques, infructueuses, la malade s'est ennuyée et a quitté l'hôpital.

3e *Fait.* — Vers la fin de mars 1844, on a reçu un homme atteint de diabète. On l'a mis à une alimentation ordinaire abondante; il a pris dans les 24 heures 11 1|2 kilos de boisson et a rendu 13 kilos d'urine. Ayant prélevé 360 gm. de la masse commune des urines, j'ai obtenu 1, 50 gm. de sirop. On peut donc dire que la masse totale des urines contenait 1 kilo (32 onces) de sirop, quantité qui se rapproche assez de celle du pain que le malade prenait chaque jour (il mangeait 500 gram. de pain). Le 16 avril au soir, il sortait d'une salle où il avait été envoyé pendant quelques jours pour être guéri d'une galle qu'il portait en même temps que le diabète, il avait rendu depuis le matin jusqu'à cette heure, 8500 gm. d'urine, et pris seulement 4000 gm. de boisson. Ayant analysé 360 gm. d'urine, j'ai trouvé 1 gm. de sirop. Le malade est soumis à un régime exclusivement animal et boit du vin. Le 20, quatrième jour de régime, urine 6100 gm.; cette diminution sur la quantité de l'urine a été obtenue dès le premier jour du régime animal; boisson 7500 gm., par conséquent plus abondante que l'urine rendue; sirop proportionnel 1, 05. Le 24, boisson 3750 gm., urine 4000 gm., sirop proportionnel 1, 08. Le 28, douzième jour de régime, boisson 6750 gm., urine 6500 gm., sirop prop. 1, 10. Le 2 mai, boisson 7000 gm., urine 5500 gm., sirop prop. 1, 18. Consécutivement, on accorde au malade 60 gm. de pain par jour avec le régime animal et du vin toujours. Le 9, j'ai examiné à part l'urine rendue vers les cinq heures du matin, c'est-à-dire 12 heures après le repas, j'ai trouvé sur la quantité ordinaire de 360 gm., 1, 00 gm. de sirop. L'urine rendue dans les 24 heures a été 5750 gm., la boisson prise 5500 gm. On lui accorde le double de pain, savoir: 120 gm. Le 9 juin, boisson 7500 gm., urine 6500 gm., sirop prop. 1, 12. Le 22, le malade a été rendu depuis une huitaine de jours à l'alimentation abondante ordinaire; boisson 6750 gm,, urine 7500, sirop prop. 1, 15. Le 29, même régime ordinaire, urine 7500, boisson 5500 gm., sirop prop. 1, 12. Ce malade je l'ai laissé à la clinique quand j'ai cessé mes observations sur lui.

4e *Fait.* — Le 22 avril 1844 on a reçu une femme diabétique; elle a été soumise à une alimentation ordinaire et elle a rendu dans les 24 heures 5750 gm. d'urine et pris seulement 4000 gm. de boisson. Ayant analysé 360 gm. d'urine prélevée de la masse commune j'ai trouvé 1,25 gm. de sucre, ce qui donne pour la quantité des urines en 24 heures un total de 360 gm. de sirop. Le 25, j'ai fait recueillir les urines rendues à deux époques diverses, savoir à cinq heures du soir (la malade ayant mangé à midi et à trois heures), l'autre à 5 heures du matin, c'est-à-dire 12 heures après le dernier repas. La première urine a pésé 160 gm. et m'a fourni 0, 60 de sirop. La seconde, à la même dose m'a donné 0, 57 de sucre, c'est-à-dire à peu près autant que la première. Consécutivement la quantité des urines rendues s'est trouvée accrue en raison de la boisson, la malade prenait 6500 gm. de liquide et en rendait 8000 gm. Le 5 mai, urine 6500 gm, boisson 5500 gm, sirop prop. 1 gm. 60. Le 15, sur une même quantité d'urine (360 gm.), j'ai obtenu la même quantité de sirop (1 gm.), les urines rendues et la boisson prise s'étant tenues comme précédemment. Le 10 juin, urine et boisson, *ut supra*, sirop prop. idem. La malade quitte volontairement la clinique.

Pour compléter ces détails, je dois ajouter que non seulement j'ai examiné les urines des diabétiques sous le rapport de la quantité du sucre, mais aussi sous celui de leur acidité, et des changements qu'elles offraient par le passage des malades d'une alimentation ordinaire à un régime presqu'exclusivement animal. Quant à leur réaction au papier de tournesol, je les ai trouvées constamment acides; leur degré d'acescence cependant a été variable. Les urines des sujets n. 1 et 2 étaient décidément acides, on pourrait dire comme à l'état normal; celles du malade n° 3 l'étaient faiblement, et celles du n° 4 l'étaient, au contraire, très fortement. Ces degrés d'acidité ont été toujours confrontés avec celui des urines non morbides récentes. Chaque urine diabétique, au reste, a conservé constamment son degré primitif d'acescence, quelque fût le traitement employé ou le régime suivi. Les urines fortement acides ont conservé ce caractère même quand le malade prenait de l'oxalate d'ammoniaque pendant longtemps et jusqu'à la dose de 1 gr. par jour. Ce médicament avait été prescrit, à titre d'essai, d'après mon conseil, par suite de réflexions qui m'avaient conduit à penser qu'on agirait ainsi comme avec les substances organiques azotées neutres. Cependant ces urines n'ont pas présenté d'oxalate changé en carbonate, ni à l'état pur; car ces mêmes urines traitées avec l'oxalate d'ammoniaque blanchissaient manifestement, ensuite donnaient un dépôt comme toutes les autres.

Quant au changement produit par l'alimentation animale sur les urines des diabétiques, je dirai qu'elles se coloraient d'une manière décidée, si elles ne l'étaient pas, et, si elles étaient déjà colorées, elles devenaient plus foncées; leur odeur était beaucoup plus prononcée; elles se troublaient plus facilement par le repos et exhalaient alors une odeur réellement urineuse fétide; elles précipitaient plus abondamment par l'acétate de plomb basique, à cause sans doute de

l'augmentation des matières animales et inorganiques qu'elles contenaient. Cette augmentation, au reste, n'était en partie que relative à la quantité totale du liquide, diminuée sous l'influence du régime animal. A ces mêmes matières organiques était également due l'odeur ammoniacale très prononcée que les urines exhalaient lorsqu'on y versait une certaine quantité de potasse caustique, et aux matières inorganiques devait être attribué le précipité abondant qu'elles donnaient par le traitement. Jusqu'ici cependant aucune différence bien grande ne saurait être trouvée entre ces urines et les urines normales, surtout lorsque leur quantité journalière n'était pas considérable. Si cependant le précipité obtenu par ce traitement était coloré par l'addition de l'oxide de cuivre, on y voyait une succession de couleurs due à la réduction effectuée par cette substance, caractéristique de la présence du sucre. Au reste, la manifestation de ce phénomène a été souvent plus tardive que de coutume, et quelquefois, pour l'obtenir, j'ai été obligé d'exposer les urines à une température un peu au-dessus de l'ordinaire. La réaction cependant s'est toujours effectuée avec les mêmes colorations tranchées; mais ces colorations ne se sont quelquefois manifestées qu'irrégulièrement, et, parfois, elles ont été languissantes; la couleur canari n'a été quelquefois qu'un jaune clair, et le rouge ne s'est offert que comme une teinte d'or clair. Ces différences ont été surtout manifestes chez la jeune femme dont l'urine avait énormement diminué; je dois ajouter néanmoins que j'opérais dans une température ambiante très basse. En outre, le sirop obtenu de ces urines se colorait plus facilement en brun foncé, sous l'influence du calorique; je n'ai même pu l'obtenir autrement, bien que je me sois efforcé de l'avoir clair à l'aide des précautions que je prenais dans les autres cas durant l'évaporation. Tout cela dépendait probablement d'un excès de matières extractives échappées à l'action précipitante de l'acétate de plomb basique, attendu l'acidité du liquide dans lequel s'opérait la précipitation, et, en particulier, de ces matières que Berzélius appelait *matières animales indéterminées de l'urine;* parmi ces matières, il en est même qui ne précipitent pas par le réactif ci-dessus. Je m'en suis convaincu par la remarque que les urines restaient encore colorées après les réactions opérées avec l'acétate de plomb et avec le gaz sulfhydrique, ce qui n'arrivait pas avec les urines rendues à la suite de l'alimentation ordinaire, car elles restaient parfaitement limpides. Néanmoins, l'action réductive de ce sirop sur l'oxide de cuivre n'a pas moins été décidée, intense et prompte, de sorte que la lenteur de la coloration dont je viens de parler n'a pu être attribuée qu'à la grande complexité du liquide, par la présence d'une trop grande quantité de matière animale. J'ajouterai que la même lenteur, je l'ai remarquée aussi quelquefois dans les urines rendues après une alimentation ordinaire, surtout lorsqu'elles étaient devenues un peu troubles et fétides par suite d'un commencement de putréfaction pendant l'été; cet état ne leur faisait rien perdre de leur acidité ni de leur sucre, puisque les résultats définitifs des réactions restaient les mêmes. Je dirai, en outre, qu'ayant traité ces urines par le procédé que Trommer avait indiqué pour la recherche du sucre dans d'autres liquides, l'urine a pris une coloration bleuâtre par l'oxide de cuivre qui se dissolvait par l'agitation, aussitôt précipité par l'addition du sulfate. Dans d'autres cas, ce même changement s'est opéré pareillement à la température ordinaire, mais après un temps plus long encore; tant il est vrai qu'il est difficile de préciser d'avance, même par les réactions préalablement éprouvées, ce qui doit arriver quand on opère sur un liquide aussi complexe, par la raison que les réactions que nous voulons provoquer, peuvent être plus ou moins troublées par des influences incalculables dues à la présence de tant d'éléments divers qui se trouvent dans le liquide.

Suivons à présent, sous différents points de vue, les résultats que nous venons d'exposer. Si l'on considère d'abord l'urine dans sa quantité journalière, en rapport avec l'alimentation, la boisson et la durée du séjour des malades à l'hôpital, l'on trouve que, sous le régime ordinaire, la quantité de l'urine a été, terme moyen, de 5 à 8 kilos (10 à 16 livres) par 24 heures; (c'est aussi le chiffre qui avait été donné par les auteurs). Chez nos malades, le maximum a été de 13 kilos, sous le même régime; le minimum 1 1/4 k. (2 livres 7 onces), sous le régime presqu'exclusivement animal. On a dû remarquer que, sous ce dernier régime, en y ajoutant même une petite quantité de pain, la quantité d'urine a diminué considérablement et sur le champ. Le degré de diminution cependant n'a pas été le même chez tous; il a été très prononcé chez les numéros 1 et 2, mais beaucoup moins chez le numéro 3; chez celui-ci, en effet, le régime animal n'a donné qu'une petite diminution, mais la restitution du régime ordinaire a ammené un surcroît notable; néanmoins la quantité obtenue pendant le régime animal chez ce malade s'est trouvée souvent plus grande que celle rendue par les nos 1 et 4 tenus au régime ordinaire. Toujours est-il, cependant, que chez tous le passage du régime animal au régime ordinaire produisait un accroissement notable dans les urines. D'un autre côté, on n'a pas trouvé une grande différence entre la quantité des urines et celle de la boisson. Cette différence a été moins prononcée encore pendant le régime animal : on a vu chez le malade n° 2 la quantité de l'urine être souvent égale à la quantité de la boisson, et chez le n° 3 dépasser plusieurs fois la boisson. Il est clair, au reste, que si la différence a été plus sensible pendant le régime ordinaire, c'est parce que les malades prenaient une plus grande quantité de liquide avec les aliments. D'ailleurs on a vu que chez le malade n° 3 la boisson a été souvent plus abondante que l'urine durant l'alimentation animale, et que l'urine elle-même s'est trouvée à peu près dans la même quantité après que le patient a été ramené à l'alimentation ordinaire, ce qui conduit à conclure que la soif

n'avait pas bien changé pendant le premier régime. Il est facile de s'assurer de ce fait en comparant la quantité d'eau à peu près égale que les malades prenaient pendant l'une et l'autre alimentation, quelquefois même ils en prenaient moins pendant le régime ordinaire. Enfin,, sous le rapport de la durée du séjour des malades à l'hôpital, on a dû remarquer que le n°. 3 est resté près de trois mois, et qu'après ce temps, ayant été ramené à l'alimentation ordinaire sa quantité journalière d'urine s'est trouvée toujours notablement diminuée, comparativement à celle qu'il émettait à son entrée à la clinique; que le n°. 2, après six mois de séjour, ayant été ramené au régime normal ordinaire rendait à peine un peu moins d'urine qu'à son entrée; enfin, que le n°. 4, sorti après deux mois de séjour s'est trouvé par l'alimentation ordinaire rendre un peu plus d'urine qu'à son entrée, et comme chez cette malade la quantité de boisson était restée la même on a eu lieu de penser que la soif avait aussi persisté au même degré.

Si l'on considère maintenant l'urine au point de vue de sa qualité, en particulier du sucre qu'elle contenait, en rapport avec l'alimentation et la quantité du liquide rendu, voici ce que l'on trouve. L'urine a été toujours et chez tous sucrée, mais la proportion du sirop a souvent varié; terme moyen elle a été par 24 heures, de 1 gramme à 1, 20 par 260 grammes d'urine; le maximum s'est élevé à 1 1/2 gm., le minimum à 70 centig. (14, 4 grains). Quant à l'alimentation, on a dû remarquer que chez le n°. 2 le sirop s'offrait par le régime ordinaire, dans la proportion de 1, 12 (22, grains), tandis que par le régime animal il est descendu à 0, 80, pour remonter ensuite à 0, 90, puis descendre de nouveau à 0, 80, pour remonter encore à 0, 90. On peut donc dire que par ce régime la quantité de sucre a réellement diminué un peu. Au reste, il est bon de noter que chez cette malade le minimum de sirop proportionel obtenu à été de 0, 70, et précisément les jours où l'on avait ajouté 60 gm. de pain à l'alimentation animale; mais l'on a dû remarquer que pendant ce même régime la quantité de sirop a parfois augmenté et s'est même élevée une fois au point où elle n'était pas encore arrivée, savoir à 1 gm. 13 et cette quantité s'est ensuite élevée à 1 gm. 20 par la restitution de l'alimentation ordinaire. Chez le sujet n°. 3, le passage du régime ordinaire au régime animal au lieu de produire une diminution dans la quantité du sucre l'a au contraire augmentée, puisque son urine qui n'en fournissait que 0, 95 par 360 de liquide en a donné de suite 1, 05, puis 1, 10, ou 1, 15, et enfin elle est restée à 1, 15 malgré la restitution du patient à l'alimentation ordinaire. Or, si l'on réfléchit que la quantité journalière d'urine chez ce malade est restée à peu près invariable pendant l'un ou l'autre régime, l'on comprendra que la quantité absolue du sucre est demeurée elle-même dans des limites invariables. Tonjours est-il néanmoins que c'est chez ce malade parmi les quatre, que le maximum de sucre a été obtenu; ce maximum a été de 1, 50, durant l'alimentation ordinaire à la quelle il avait été soumis à son entrée. Chez le n°. 4 qui a été tenu constamment à ce dernier régime, la quantité de sirop a oscillé entre 1, 20 et 1, 25 gm. et plus d'une fois à 1, 00, ou à 0, 95, c'est-à-dire à des proportions moindres que chez le malade précédent qui était soumis à un régime animal. J'ajouterai que chez le même n°. 4 la quantité journalière d'urine a été moindre malgré l'alimentation ordinaire que chez le n°. 3 tenu à un régime opposé.

Si l'on se demande à présent quel rapport a offert le sirop relativement à la quantité journalière d'urine, je dirai : aucun. Nous avons vu, en effet, que tantôt la quantité proportionnelle du sucre augmentait avec les urines, tantôt pas, ou même diminuait au contraire. Chez le n° 3, le maximum de sucre n'a été obtenu que pendant le maximum de l'urine; tandis que chez d'autres, la proportion du sirop est restée invariable, alors que celle de l'urine changeait considérablement. On peut aussi se demander quel rapport le sirop a affecté dans les diverses quantités d'urine rendues à différentes époques de la journée, relativement aux repas. Je répondrai que les quantités de sucre ont toujours été considérables, même aux heures les plus éloignées des repas. Rappelons-nous, en effet, que chez le n° 1, sur 810 grammes (27 onces) d'urine rendue après minuit, nous avons trouvé 2, 20 grammes de sirop, et une autre fois, sur la même quantité de liquide rendue aux mêmes heures, nous avons obtenu 3, 05 de sirop. Chez le n° 2, sur 360 d'urine rendue de minuit à six heures du matin, nous avons eu 1, 12 de sirop; tandis qu'un autre jour, la même quantité rendue dans les mêmes conditions ne nous a donné que 0, 96 de sirop. Chez le n° 3, tenu au régime animal, avec 60 grammes de pain, la même quantité d'urine du matin nous a fourni 0, 97 de sirop. Chez le n° 4, sur 180 grammes d'urine matinale, nous avons obtenu 0, 56 de sucre. A ce fait constant de la quantité considérable de sucre, aux époques éloignées des repas, je dois ajouter, ainsi qu'il est facile de le vérifier dans les détails précédents, qu'une seule fois cette quantité a été un peu moindre relativement à celle des urines rendues peu de temps après les repas; et que dans d'autres cas, les quantités ont été à peu près égales dans les urines des deux époques; tandis que dans d'autres, elles ont été supérieures dans les premières. Nous ne pouvons enfin établir aucun rapport entre les quantités du sucre contenues dans les urines aux diverses époques du séjour des malades à l'hôpital, attendu que ces quantités ont considérablement varié; tout ce qu'on peut dire, c'est que chez les uns, au moment de leur sortie, la proportion du sirop était moindre qu'à l'époque de leur entrée, et *vice versa* chez d'autres; exemple : le n° 2 qui trois jours avant son *exeat* a présenté une plus forte quantité proportionelle de sirop que dans aucune autre époque des six mois qu'elle avait passés à la clinique.

Ces observations démontrent assez clairement, je crois, l'inanité des conclusions nouvelles de M. Bou-

chardat, concernant le diabète sucré, et des assertions suivantes du docteur l'Héritier, exposées avec tant d'assurance dans sa Chimie pathologique, d'après le chimiste de l'Hôtel-Dieu de Paris : — « Chez les diabétiques, dit-il, qu'on reçoit dans les hôpitaux, l'appétit et la soif diminuent par l'effet du changement d'habitudes; et conséquemment aussi, la quantité du sucre diminue avec les urines. En fractionnant successivement les urines émises dans les 24 heures chez un diabétique, on voit que celles rendues peu d'heures après le repas contiennent une proportion considérable de sucre, laquelle va décroissant successivement, de telle sorte que dans l'espace de 12 à 15 heures, elles n'en contiennent plus ou que quelques traces... La quantité du sucre contenue dans les urines est toujours en raison de la quantité de pain ou d'aliments féculents ou sucrés pris dans les 24 heures. En diminuant la quantité des aliments féculents ou sucrés, la proportion de l'urine et du sucre diabétique diminue immédiatement dans le même rapport. En en supprimant presque complètement l'usage, les urines reviennent peu à peu à leur type normal... La soif est en raison des aliments sucrés ou féculents ingérés ; de telle sorte que la diminution ou la suppression de ceux-ci la fait progressivement diminuer. » — La théorie de M. Bouchardat est toute entière basée sur les assertions qu'on vient d'entendre. On comprend qu'il suffisait d'un seul fait bien observé, même exceptionel, pour ébranler une doctrine qui suppose une constance absolue dans les faits, car elle établit *à priori* l'intervention de causes et d'effets qui se lient immédiatement, et qui doivent aussi nécessairement et toujours produire les mêmes résultats. J'avais déjà, dans mon premier travail, rapporté plusieurs faits qui contredisaient formellement la théorie de Bouchardat; les nouvelles observations que je viens de relater démentent aussi directement les principes de cette théorie, et je pourrais en citer un grand nombre d'autres qui concourent au même but, et que je crois inutile de reproduire ; je dirai seulement et avec regret, que parmi les nombreux cas de diabète que j'ai suivis, je n'en ai pas trouvé un seul qui confirmât les assertions de l'habile chimiste de Paris. Un fait qui paraît digne de l'attention des médecins et des chimistes, et qui résulte des observations précédentes, concerne la présence du sucre dans les urines des diabétiques, même alors que les malades sont soumis à un régime prolongé presque exclusivement animal. Je n'ignore pas que, dans les hôpitaux, les malades soumis à un pareil régime peuvent tromper la vigilance du médecin et des infirmiers, et ne suivre qu'incomplètement les prescriptions, de sorte que les résultats observés pourraient ne pas être rigoureux; mais je dois faire remarquer que M. Bufalini avait pris de grandes précautions pour cela et fait garder à vue les malades ci-dessus ; au reste, ces sujets étaient d'une docilité remarquable et suivaient scrupuleusement les prescriptions ; il en est qui ont toléré avec une constance rare, pendant plusieurs mois de suite le régime animal avec ou sans addition de quelques grammes de pain, et je dois faire observer que chez eux nous n'avons pas remarqué ce goût prononcé pour le pain, pour le sucre ni pour les aliments féculents, ainsi que l'avait avancé M. Bouchardat. Au surplus, chez nos malades, la quantité de sucre urinaire était tellement grande qu'elle ne pouvait, dans aucun cas, être attribuée à la matière sucrée des aliments ordinaires ou formée par leur conversion dans les organes (suivent d'autres remarques).

Conclusions. — Les quarantes analyses que nous avons faites sur les urines des quatre malades ci-dessus, nous autorisent à conclure : 1° que chez les diabétiques que nous avons étudiés la quantité journalière d'urine a varié irrégulièrement, et n'a présenté aucun rapport constant avec la qualité des aliments, ni avec la quantité journalière de boisson, ni avec le temps de séjour des malades à l'hôpital ; 2° que la quantité de sucre contenue dans les urines était considérable, quel que fût le régime alimentaire suivi, et à quelque distance des repas que l'urine fût rendue. En conséquence cette quantité ne suivait aucun rapport constant, ni avec la qualité des aliments, ni avec les distances des repas, ni avec la quantité journalière d'urine ou de la boisson, ni enfin avec le temps de séjour des malades à l'hôpital.

P. S. Mes recherches sur le diabète ne se sont pas bornées aux urines ; j'ai analysé un grand nombre de fois les matières vomies par les diabétiques, leur sang et divers humeurs secrétées; ce travail qui n'est pas encore achevé formera le sujet d'un prochain mémoire. Je ne puis en attendant m'empêcher d'annoncer par anticipation que la supposition hardie sur laquelle M. Mialhe fondait dernièrement son ingénieuse théorie sur le diabète, n'a pas répondu à l'épreuve expérimentale, le sang des biabétiques que j'ai examiné, même au point de vue de son alcalinité, n'ayant pas montré de différence avec le sang normal.

Note sur la créosote, *par M. Giacomini, professeur de clinique interne à Padoue* (1). La créosote est une huile essentielle découverte par Reichembach dans les produits de la distillation du goudron, du bois ou de l'acide pyroligneux impur. C'est une substance incolore, d'une saveur brulante, d'une odeur très pénétrante qui rappelle celle de la viande fumée. On l'a appelée *créosote* par la propriété qu'elle possède à un haut degré de conserver les chairs. Appliquée à titre d'antiseptique, elle n'a pas tardé à montrer des effets dynamiques sur les parties vivantes. Pour définir convenablement ces effets la science possède déjà plusieurs observations que nous allons invoquer. Des expériences ont été faites presqu'en même temps sur les animaux par le docteur Mignet à Paris (*Recherch. chim. et méd. sur la créosote*, 1834) et par le professeur Corneliani à Pavie (*Espérienze ed oss. sull'uomo et sugli anim. intorno alla virtu del créosote*, 1835), desquelles il résulte que la vertu de ce médicament est énergique et appartient à la classe des hyposthénisants. Cette déduction a été confirmée par un cas d'empoisonnement occasionné par la créosote et qui a été traité à la

(1) Dans un moment où l'on commence à prescrire la créosote dans quelques hôpitaux de Paris, nous avons pensé qu'on lirait avec intérêt cet article imprimé depuis trois ans dans le dernier volume de l'ouvrage de M. Giacomini qui n'est pas encore traduit en français et qui va l'être prochainement. (*N. du Rédact.*)

clinique de Pavie par le professeur Corneliani. Il s'agit d'une jeune femme atteinte d'éléphantiasis qu'on traitait à l'aide de la créosote délayée dans l'eau et appliquée en fomentation sur la peau malade et en partie excoriée. Après quinze jours de ces applications, l'amélioration notable que la malade présentait s'est changée tout d'un coup en un orage effrayant.» Le visage de cette malheureuse était, dit M. Corneliani, devenu pâle, l'œil hébété, la pupille dilatée, la tête pesante et vacillante, froid intense aux extrémités, surtout aux membres inférieurs avec une grande difficulté dans leurs mouvements, sentiment très incommode vers la région du cœur, quelques efforts pour vomir, défaillances fortes et répétées avec un tremblement confus et accéléré au cœur, tremblement de tous les membres, pouls petit, faible, fréquent et comme oscillant » (Ibid. p. 5). M. Corneliani a eu immédiatement recours à de fortes doses de mixtures excitantes, savoir : d'éther dans l'eau distillée de menthe, de vin de Malaga, à des frictions sèches aux extrémités, à des applications de bouteilles remplies d'eau bouillante à la plante des pieds. Ce traitement continué avec énergie pendant plusieurs jours a fini par dissiper l'orage et la femme a été sauvée.

Les maladies dans lesquelles la créosote a été essayée intérieurement avec quelque avantage ne sont pas en grand nombre jusqu'à ce jour. Elles appartiennent toutes cependant à la classe des phlogistiques ou hypersthéniques, et confirment la déduction que nous venons de tirer. Dans ces faits figurent la phthisie, la bronchite, l'hémoptysie qui ont été traitées utilement par Reichembach, par Reich et par Mignet (Summar. d. Wenest. u. Wissenswierd, 1835, n° 2) et par d'autres. Elle a été donné aussi par bouche par M. Corneliani (L. C.), *par Berndt*, (*Hufeland, jour. febr.* 1834, p. 34) et par d'autres contre le diabète sucré. Cette maladie ne doit point être confondue avec le diabète aqueux ou insipide que quelques auteurs nomment *poliurie* et que nous considérons comme un phénomène d'hyposthénie (néphroatomie). Le diabète sucré au contraire est à nos yeux une affection dépendante d'une altération du sang et dont la condition pathologique serait phlogistique et aurait pour siège les parois du système veineux. Nous avons employé nous même la créosote dans trois cas d'artéro-bronchite chronique et avec des résultats satisfaisants, la force et la fréquence du pouls ayant été réduites sous son influence. Nous n'avons pas parlé de ce médicament dans notre pharmacologie, par la raison que nous voulions d'abord en connaître positivement l'action au lit du malade. Aujourd'hui nous n'hésitons pas à le classer parmi les remèdes hyposthénisants cardiaco-vasculaires. Sa dose par bouche est de deux à huit gouttes, sous forme pilulaire.

Comme secours mécanique ou antiseptique, la créosote compte un grand nombre de partisans. La chirurgie offre un assez grand nombre de faits pour tracer l'histoire de son usage externe, mais ces faits veulent être appréciés avec un criterium philosophique sévère, car plusieurs sont rapportés dans le but de démontrer que la créosote est un remède nuisible ou inutile, tandis que l'examen fait voir qu'il s'agit ou de cas incurables ou de cas dans lesquels le médicament a été mal appliqué. D'un autre côté, plusieurs parmi les faits allégués en faveur de sa vertu antiseptique prouvent au contraire l'action dynamique hyposthénisante que les auteurs ont méconnue. Il est en effet très difficile de séparer les deux actions quand on agit sur le corps vivant, car en agissant chimiquement sur les escarrhes ou sur les parties mortifiées on ne peut empêcher son contact sur les parties vivantes et par là l'absorption ; et comme les parties gangrénées se trouvent le plus souvent telles par effet d'un travail phlogistique, la créosote en embaumant les escarrhes combat dynamiquement la phlogose, affaiblit ainsi la cause de la maladie et améliore par conséquent les malades. Ainsi trouve-t-on dans son application le double avantage d'agir chimiquement comme antiseptique et dynamiquement comme antiphlogistique. Par sa faculté hypothénisante, la créosote sera donc utile pour arrêter la gangrène progressive, mais cette faculté ne peut rien contre les parties déjà mortifiées. Dans les affections cancéreuses ulcérées, dans les trajets fistuleux, dans les sinus lymphatiques dégénérés, dans les ulcères baveux, sordides, phagédéniques et dans la carie progressive soit des os, soit des dents, il semble que le principal avantage de la créosote soit dans sa vertu antiseptique ou chimique qui tend à garantir les humeurs déjà secrétées d'une dégérescence capable d'altérer les parties saines. On applique la créosote plus ou moins délayée contre les solutions de continuité, et l'on ne s'en sert à l'état pur que dans les cas seulement d'ulcères calleux, baveux et insensibles; encore son degré de concentration doit il varier selon la sensibilité de la partie et l'effet qu'on veut produire, car à l'instar des autres huiles essentielles, la créosote n'est pas exempte d'une certaine action irritante ou même caustique. Une proportion de quatre grammes de créosote pure dans 180 grammes d'eau donne un liquide qui n'exerce pas d'action mécanique irritante bien prononcée. Le chirurgien peut, au reste, faire varier *a posteriori* ces proportions. Au moment de son application ce liquide produit un certain sentiment de chaleur, mais il s'apaise promptement. Pour maintenir le liquide plus longtemps sur les surfaces, on peut au lieu d'eau filtrée employer une émulsion dans laquelle on mêle la créosote. Des plumasseaux ou des compresses en plusieurs doubles remplissent le but des fomentations. On l'injecte au besoin avec une seringue, etc. Quelques personnes ont aussi fait usage de la pommade de créosote (1 à 4 grammes par 30 grammes de graisse).

DOCUMENTS DIVERS.

— Poudre dentifrice. Le tartre qui s'amasse à la base des dents est comme on sait naturellement acide, le mucus buccal qui l'engendre offrant lui même cette réaction, surtout chez les sujets dont l'estomac est plus ou moins irrité. Cette matière salino-animale contient, dit-on, des cryptogames et aussi des vibrions, sorte d'infusoirs qui d'après les micrographes contribuent singulièrement à la destruction des dents. «On ne doit pas craindre de frotter vigoureusement les dents, jusqu'à faire saigner les gencives avec une brosse dure, imprégnée d'une poudre de charbon alcalinisée par le bi-carbonate de soude; c'est une des préparations les meilleures et les plus simples à employer pour cet usage».

— Anévrisme de la main. Le célèbre Ramazzini qui est mort d'apoplexie après avoir éprouvé des palpitations de cœur, une migraine et une amaurose d'abord d'un côté, puis des deux, présentait deux petits anévrismes à la main, «qui n'étaient pas plus gros qu'une fève, et qui s'étaient développés, exemple rare, absolument au même endroit du dos de chaque main, au sommet de l'angle qui sépare le pouce du doigt indicateur. Je me souviens que cet excellent vieillard me les montrait souvent (ils s'étaient formés dans les dernières années de sa vie), et me rappelait ce qu'il avait éprouvé auparavant, savoir de violentes palpitations de cœur et une migraine non moins cruelle qui leur succéda. » L'auteur voit une connection entre ces anévrismes, les palpitations, la migraine et l'apoplexie qui causa la mort.

(Morgagni, Ep. 3, n° 8)

CLINIQUES CHIRURGICALES.

REMARQUES GÉNÉRALES.

Les faits que nous avons observés dans le courant du mois dans les hôpitaux sont nombreux et variés, et offrent le plus grand intérêt. Nous allons les grouper et les présenter d'une manière générale d'abord, au point de vue thérapeutique. Notre mission, dans ces revues cliniques, étant de reproduire l'état vivant de la chirurgie de Paris, nous ne devons sortir du cercle des faits que nous avons sous les yeux que dans les cas seulement où les intérêts de la science nous appellent à une discussion. Aussi nous trouvera-t-on sobre de citations d'érudition dans cette partie de notre travail.

Les irrigations d'eau froide dans le traitement des lésions traumatiques graves prennent faveur en ce moment dans les hôpitaux de Paris. Quatre malades sont traités présentement de la sorte à l'hôpital Beaujon (Robert) avec le plus grand avantage. L'un, c'est un ouvrier d'une cinquantaine d'années, qui a eu la main droite écrasée, moulue en quelque sorte par une roue de voiture; les chairs des quatre derniers doigts étaient déchirées horriblement, mortifiées sur plusieurs points, les gaînes tendineuses largement ouvertes, les ongles arrachées, quelques phalangettes à découvert. C'était un de ces cas où naguère on prescrivait d'amputer l'avant-bras, pratique que plusieurs chirurgiens suivent encore, et ils font bien du moment qu'ils n'emploient pour tout pansement que des cataplasmes et quelques sangsues; mais, grâce aux irrigations continues d'eau froide que le chirurgien à fait faire jour et nuit sur toute la main, la réaction inflammatoire a été modérée et circonscrite, elle n'a pas dépassé les doigts, les escarrhes sont tombées, plusieurs tendons sont en voie d'exfoliation, un bourgeonnement de bonne nature est survenu, et la nature travaille admirablement à la réparation sous cette pluie incessante d'eau froide. Aujourd'hui, onzième jour de l'accident, le malade remue déjà ses doigts, le poignet et l'avant-bras n'offrent ni gonflement, ni douleur, et tout assure sa prochaine guérison avec plus ou moins de raideur dans l'exercice des quatre doigts, le pouce étant resté intact. L'autre malade, homme d'une quarantaine d'années, avait eu l'avant-pied droit saisit sous une locomotive, les os et les parties molles avaient été en grande partie réduites presque en bouillie; il n'avait été question d'abord que de lui amputer la jambe près des malléoles; comme cependant les os de la première rangée du tarse étaient sains ainsi que la peau correspondante, M. Robert a pratiqué l'amputation à la Chopart, en mettant à contribution, pour les lambeaux, tous les fragments de chairs encore intacts. Le lambeau supérieur a été assez grand, mais l'inférieur n'a pu rejoindre celui-là qu'incomplétement. Deux simples bandelettes ont tenu les parties mollement rapprochées, et, grâce à l'eau froide, on a été assez heureux pour conjurer les accidents réactionnels; un bourgeonnement de bonne nature s'est déclaré partout, et malgré quelques petites escarrhes qui viennent d'atteindre le sommet des deux lambeaux, ce malade va parfaitement et l'on est en droit de compter sur sa guérison; il est aujourd'hui vers le huitième jour de son opération. Sans doute que des résultats pareils sont souvent obtenus sans le moyen que nous commentons en ce moment, mais il est à noter que les malades éprouvent un soulagement immense par l'eau froide; ils oublient leur douleur, peuvent dormir, n'ont presque pas de fièvre ni de ces réactions gastriques qui empêchent de leur accorder quelques aliments, si utiles pour le prompt rétablissement. Les plaies, en effet, guérissent avec une grande rapidité sous l'influence des irrigations, et par cela même que la phlogose est avortée ou limitée par le froid, on n'a pas de ces fusées purulentes qui font le désespoir de l'art et compromettent le résultat des opérations les plus brillantes. Le troisième malade concerne un homme atteint de deux pieds plats et qui est tombé sur la plante des pieds d'une hauteur de quelques mètres. Il en est résulté un écrasement du calcanéum du côté droit, et un gonflement énorme de tout le pied et de la partie inférieure de la jambe, avec phlyctènes et menace de gangrène. Grâce aux irrigations froides ces accidents ont été combattus avec succès, le travail phlogistique a décliné, et aujourd'hui, huitième jour de l'accident, le malade est en bonne voie; le remède est continué sans cesse, et pour peu qu'on le suspend des douleurs intenses se déclarent. Mêmes phénomènes sur un quatrième malade qui en tombant s'était luxé la phalangette du pouce en arrière, avec ouverture de l'articulation du côté palmaire. On a réduit aisément et l'on s'est mis en garde contre les terribles accidents qu'on appréhendait avec raison, au moyen de l'irrigation. Nous donnons plus bas cette observation. Deux autres malades se voient en ce moment traités de la sorte dans les trois services de l'Hôtel-Dieu confiés provisoirement à M. Denonvilliers. L'un, c'est une jeune femme qui par suite d'une chûte s'est fracturé le corps de la mâchoire inférieure, s'est brisé le col du fémur et fracassé le pied gauche, avec ouverture de l'articulation tibio-tarsienne; l'irrigation a été dirigée sur cette dernière partie, la plus redoutable assurément des lésions éprouvées par cette femme, et la réaction a été maintenue dans de justes limites; l'autre, c'est un homme qui a eu deux doigts arrachés, il va parfaitement. Nous avons mentionné d'autre part aussi un cas de fracture du coude avec plaie articulaire et sortie d'esquilles, traité heureusement de la même manière par M. Gerdy, et un autre de résection du radius soigné pareillement par M. Blandin.

A l'Hôtel-Dieu l'irrigation est pratiquée à l'aide d'un seau à robinet, pendu au ciel du lit; des bandelettes de linge attachées à ce robinet conduisent le liquide en plusieurs filets jusque sur la plaie et sans secousse. A Beaujon, on se sert d'un seau ordinaire, sans robinet, mais on ajoute un tube en gomme élastique, véritable syphon, qui plonge dans le récipient et ramène

l'eau à volonté, en modérant le courant à l'aide d'une clé dans le tube lui-même. Dans l'un comme dans l'autre hôpital on préfère généralement l'eau dégourdie, ou un peu tiède, à l'eau froide. Cependant à Beaujon l'eau que nous avons examinée était froide, et nous en félicitons le chirurgien, par la raison que le but véritable de l'irrigation est en partie manqué du moment qu'on échauffe le liquide. L'irrigation, en effet, n'agit que physiquement, en enlevant par sa température basse l'un des éléments les plus essentiels de l'inflammation, le calorique morbide. Il s'en suit indirectement un effet dynamique, refrigérant, antiphlogistique. Or, si l'on échauffe le liquide, il est clair que le stimulus morbide ne sera que faiblement enlevé, et tout en produisant un certain bien par l'entraînement du pus et la soustraction d'une partie du calorique en excès, le bienfait est loin d'être aussi prononcé. M. Denonvilliers et quelques autres chirurgiens professent que les irrigations d'eau tout à fait froide peuvent occasionner soit le tétanos, soit la gangrène; cette doctrine n'est à nos yeux qu'un préjugé; il est facile de démontrer que les cas qu'on invoque pour la soutenir ne sont pas concluants, ces accidents étant indépendants de l'eau froide. Il serait vraiment à désirer que les chirurgiens des hôpitaux s'entendissent mieux sur le parti immense que l'art peut retirer de cette héroïque ressource, et que les idées préconçues qui l'ont fait jusqu'à présent proscrire de plusieurs cliniques fissent place à la connaissance parfaite de son action. D'après les observations de M. Robert les irrigations froides ne seraient d'une utilité réelle que dans les fracas des petits membres, seulement, comme à la main et au pied. A l'avant-bras, cette utilité serait déjà moindre. A la cuisse elle serait moins prononcée encore. Dans ce dernier cas, d'après la remarque de M. Marjolin, l'eau refroidit la peau, la fait blanchir, mais dans les tissus profonds la phlogose marche à l'ordinaire, ce qui ferait présumer que l'eau n'agit que superficiellement. Nous renvoyons le lecteur au tome 1 des *Annales de Thérapeutique*, p. 76, où cette question se trouve largement traitée.

Terminons ces premières remarques en mentionnant un cas bien autrement grave de lésion traumatique. Un jeune homme a été renversé de cheval vers la porte Maillot du bois de Boulogne, près Paris. Sa cuisse est venue frapper contre un brancard de cabriolet, et ce brancard lui a labouré le membre en entrant de la partie interne et en sortant du côté opposé, entre la masse musculaire et le fémur. Le malade a beaucoup perdu de sang et il a été transporté à l'hôpital Beaujon; les grosses artères cependant n'ont pas paru lésées. L'état de stupeur dans lequel le malade se trouvait a déterminé de suite M. Robert à prescrire une boisson de café noir, ce qui a produit un excellent effet, le malade étant promptement revenu de sa commotion. Les choses ont semblé bien marcher pendant quelques jours lorsque le malade a éprouvé par la plaie une hémorrhagie foudroyante à la quelle il a succombé. A l'autopsie on a trouvé l'artère crurale superficielle suppurée et ouverte sur un point; allongée, éraillée et ecchymosée sur d'autres. La membrane interne était rompue sur plusieurs point, et la moyenne éraillée par le fait de la distention. De sorte, qu'en supposant que l'artère ne se fût pas ouverte par suppuration sur un de ces points éraillés, le blessé aurait eu plus tard plusieurs anévrismes dans ce membre. On rencontre rarement des désordres aussi terribles; il est pourtant probable que ce malade aurait pu guérir sous l'influence de l'eau froide sans l'accident inattendu de l'hémorrhagie.

La fissure à l'anus sur la quelle on a tant écrit depuis Boyer, et dont le traitement recommandé a si souvent varié, reparaît sans cesse dans les hôpitaux et soulève la question de la meilleure méthode à suivre. Tandis que M. Roux suit encore les erremens de Boyer, en fendant largement la fissure et le sphincter et ébarbant les deux côtés de la plaie comme dans la fistule à l'anus (ce qui entraîne un pansement de plus d'un mois pour arriver à la guérison), M Velpeau se contente de la seule division du sphincter dans le trajet lui-même de la fissure et se passe de l'ébarbement si douloureux des bords. D'un autre côté, on voit M. Blandin guérir promptement la maladie au moyen de la division sous-cutanée du muscle sphinctérique (Ann. de Thérap. 1844, p. 62), tandis que M. Jobert ébarbe tout simplement à plat la portion fissurée de la muqueuse et convertit le trajet en une plaie simple qui se guérit en cinq, six jours; il y a peu de jours encore que ce praticien a opéré une jeune femme en notre présence; les souffrances ont disparu le lendemain, et la guérison était presqu'achevée quatre jours après; aucun pensement n'est fait après l'ébarbement. Pour effectuer cette excision, une pince à dissection et un bistouri boutonné ou des ciseaux courbes suffisent.

D'autres chirurgiens suivent d'autres errements: M. Gerdy a confiance dans les purgatifs répétés coup sur coup; il a observé qu'en rendant libres les gardes-robes, la contraction spasmodique du sphincter disparaissait et la fissure guérissait spontanément. Ce praticien n'en vient à l'incision du sphincter qu'après s'être assuré que le remède précédent était insuffisant; tandis que M. Lisfranc compte beaucoup, pour la guérison, sur les lavements répétés avec une forte décoction de ratanhia et sur les attouchements du trajet avec le nitrate d'argent. Ainsi, voilà presqu'autant de méthodes que de chirurgiens dans les hôpitaux pour guérir une si minime maladie. Nous disons *minime maladie*, et pourtant la douleur vive qui l'accompagne lui fait accorder une grande importance dans le monde. Nous l'avons vue traiter et guérir par chacune de ces méthodes, et nous avouons que nous éprouvons un véritable embarras de choix pour fixer particulièrement l'attention plutôt sur l'une que sur l'autre de ces méthodes. La raison cependant conduit naturellement à essayer d'abord les remèdes dynamiques (lavemens de ratanhia, purgatifs) chez les sujets pusillanimes qui ont peur du bistouri (mais cette méthode est nécessairement plus longue) pour n'en venir soit à

l'incision, soit à l'ébarbement du trajet muqueux que chez les sujets autrement prédisposés.

Une tumeur hydatiforme du volume du poing, qu'un jeune homme portait vers la région scapulaire postérieure a donné lieu à une discussion à la Charité, sur la question de savoir si elle était réellement hydatique ou simplement sereuses. L'ouverture qu'à pratiquée M. Velpeau, a donné issue à un liquide séreux et à des membranules que l'on a caractérisées d'hydatides mortes, comme dans le cas exactement pareil de M. Lisfrane, que nous avons rapporté dans le dernier numéro. L'un des élèves internes cependant qui a l'habitude du microscope, s'est assuré par cet instrument que le liquide ne présentait rien de semblable aux petits ecchinocoques que l'inspection fait constamment découvrir dans les véritables kystes hydatiques; d'où la conclusion selon lui, que la tumeur n'était qu'un simple kyste séreux. M. Velpeau a persisté cependant dans son opinion. Cette question peut avoir dans quelques cas une véritable portée pratique, ainsi que nous l'avons vu dans un cas de ce genre, au foie, dont nous avons donné les détails (1843, p. 224). Le moyen le plus sûr de la décider est l'analyse chimique. Le liquide des kystes hydatiques ne contient pas d'albumine ni de fibrine; il ne se coagule ni par la chaleur ni par l'acide nitrique; son goût à la langue est salé, et par l'analyse on ne trouve que de l'eau et du chlorure de sodium (sel marin), ce qui le différentie essentiellement des kystes non-hydatiques. On peut joindre à ces caractères ceux que fournit le microscope et que l'on dit invariables. A propos de kystes nous devons mentionner deux autres cas bien autrement importans pour la pratique. L'un est relatif à un hygroma hématique antirotulien, du volume d'une pomme. Il s'agit d'un jeune homme reçu à Beaujon, parqueteur de profession, travaillant par conséquent habituellement avec le genou appuyé sur le sol; presque tous ses camarades, a-t-il dit, avaient la même infirmité. la peau était sans changement de couleur et indolore; on y sentait la fluctuation manifestement et l'on croyait n'y rencontrer que du liquide albumineux comme dans les bourses muqueuses ordinaires. M. Robert l'a ponctionné de la partie supérieure à l'aide d'un trois quarts et il n'a obtenu que du sang liquide, un peu décomposé; une injection de teinture d'iode (à parties égales avec de l'eau) a été pratiquée dans la poche, puis le tout exprimé jusqu'à la dernière goutte. La guérison s'est opérée sans le moindre accident. M. Robert nous a montré le modèle en plâtre d'une de ces tumeurs au genou dont le volume était vraiment extraordinaire, ce volume égalait les deux poings d'un homme adulte. Le patient qui se trouvait à l'hopital pour une autre maladie, n'a pas voulu qu'on le débarassât de sa tumeur, attendu que dans sa profession de parqueteur il la trouvait commode pour s'y appuyer sans douleur comme sur un coussinet élastique. L'autre malade est couché à l'Hotel-Dieu, dans un des services confiés à M. Denonvilliers; il portait une de ces tumeurs synoviales en forme de besace de la face palmaire du poignet et contenant des petites graines; M. Breschet l'avait ouverte en deçà et au delà du ligament annulaire et avait passé un séton dans le kyste. La suppuration, le gonflement phlegmoneux ont été formidables ainsi que cela arrive toujours quand on opère de la sorte. M. Denonvilliers a oté le séton, le malade va un peu mieux, mais il restera longtemps en traitement, et enfin, Dieu sait ce que sa main et ses doigts deviendront; nouvelle preuve de la gravité de cette méthode recommandée et suivie autrefois par Dupuytren, et qu'on doit abandonner de nos jours pour s'en tenir au procédé adopté dernièrement si avantageusement par M. Gerdy, dans un cas dont nous avons donné les détails, nous voulons parler de la ponction sous-cutanée et de la compression combinée avec des applications répétées de sangsues. Nous ignorons si une injection iodée pourrait être faite sans danger dans cette région.

P. S. — Nous venons de revoir le malade de l'Hôtel-Dieu; l'ouverture supérieure du kyste offre une masse fongueuse d'assez mauvais aspect; toute la main, le poignet et la partie inférieure de l'avant-bras sont dans un état de gonflement douloureux avec induration tel qu'on sera obligé d'en venir à l'amputation de l'avant-bras. Le sujet de ces tumeurs au poignet est comme on le voit d'un très grand intérêt et mérite l'attention des chirurgiens. On est généralement porté à les ouvrir largement sans réfléchir aux conséquences formidables de cette pratique.

Le pansement des plaies récentes et anciennes a mérité dans ces derniers temps quelques observations intéressantes de la part de M. Chassaignac. Ce chirurgien qui fait en ce moment le service de M. Gerdy à la Charité, s'est appliqué à généraliser l'ancien principe des pansements rares, mais avec une modification importante que nous devons faire connaître. Les pansements rares n'étaient autres que des pansements ordinaires, avec des plumasseaux de charpie et d'autres linges qu'on changeait seulement de temps en temps; on regardait le pus en contact des plaies comme un corps émollient (ce qui est une erreur), et l'on trouvait à chaque renouvellement un appareil infecte, putréfié, plein de vers quelquefois. M. Chassaignac s'est proposé au contraire deux choses par les pansements qu'il appelle *par occlusion* : de faire sortir tout le pus à mesure qu'il est secreté, et de tenir la surface malade à l'abri du contact de l'air et de toute autre cause d'irritation. Pour cela il entoure et couvre complètement la plaie de bandelettes collantes qu'il croise en tous sens, de manière à lui faire une sorte de cuirasse un peu serrée. Ces bandelettes qui expriment en quelque sorte la plaie en rapprochant sa circonférence du centre, laissent aisément échapper le pus au dehors par leurs interstices, par leurs bords ou même à travers leur tissu, car la matière emplastique dont elles sont couvertes se fond et ne laisse qu'un tissu à larges pores. Par dessus les bandelettes *d'occlusion* on met de la charpie brute, des compresses et une bande à l'ordinaire. Tous les jours on renouvelle le linge et la charpie et l'on essuye bien les bandelettes à leur face externe. On renouvelle ensuite les bandelettes et l'on lave la plaie complètement tous les

quatre, cinq, six jours, plus ou moins. On voit bien par conséquent qu'il ne s'agit pas à la rigueur de pansements rares, puisque la plaie est pensée tous les jours, au contraire, toutefois cuirassée sous le diachylon, ce qui la rend sous-cutanée pour ainsi dire. Sous ce mode de pansement, les plaies acquièrent un aspect louable, elles deviennent bougeonneuses, rose, et marchent avec une rapidité remarquable vers la cicatrisation. Quand on change les bandelettes, on trouve tous les alentours noircis et salis par la dissolution de la matière collante et la formation d'un sulfure de plomb dont l'action contribue peut-être à modérer l'inflammation, et, par conséquent, à favoriser le travail cicatriciel; la beauté de la surface malade n'est dans tout son jour qu'après qu'on l'aura parfaitement nettoyée. A l'Hôtel-Dieu, M. Denonvilliers fait le pansement par occlusion sur quelques malades, et il s'en trouve parfaitement. Nous devons faire remarquer que le pansement des ulcères à la Baynton répond précisément au principe de M. Chassaignac; mais ce principe est aussi général que possible, puisque ce chirurgien l'applique à toutes les plaies suppurantes indistinctement, aux déchirures, aux écrasements, etc., et il obtient de meilleurs résultats que par les pansements ordinaires, les guérisons étant plus promptes, etc. M. Chassaignac pense que le pansement quotidien avec des plumasseaux agit sur les plaies comme un pois à cautère, ce qui est précisément le contraire de l'opinion des anciens qui recommandaient les applications de charpie sèche quand ils voulaient faire surgir un bourgeonnement vermeil.

Quoiqu'il en soit, nous pouvons affirmer, d'après ce que nous avons observé nous-même, que le pansement par occlusion est une excellente méthode. Une dixaine de malades sont en ce moment traités de la sorte à la Charité. Lorsque le mal existe avec décollement, M. Chassaignac a pour pratique de faire dans tous les points décollés des ponctions multiples; cette mesure aide singulièrement la guérison. Disons enfin que le pansement adopté par M. Velpeau dans les abcès de la mamelle, avec ou sans décollement, avec ou sans fistules, pourrait se rattacher au même princip; il couvre le sein de longues bandelettes qu'il croise obliquement autour du thorax, de l'aisselle ou de l'épaule, en les imbriquant artistement dans tel ou tel sens indiqué par le trajet suppurant, et de manière à favoriser l'écoulement du pus et l'aplatissement des foyers; tantôt la cuirasse emplastique offre une fenêtre à l'endroit de l'écoulement, tantôt elle est entière. Le but que le chirurgien se propose dans ces cas est la compression, et l'on comprend qu'elle est mieux exercée de la sorte que par les compresses et les bandes qu'avait recommandées Boyer. Si les deux seins sont malades, on applique deux appareils distincts; une femme qui est en ce moment à la clinique se trouve dans ce cas; on comprime un sein pour un abcès déjà ouvert, et l'autre sein pour un petit phlegmon qui menace de se former. C'est, comme on le voit, à titre d'antiphlogistique que la compression est employée dans ce cas.

Les maladies organiques de l'utérus ne sont de nos jours étudiées en grand, avec profit pour les élèves, qu'à l'hôpital Saint-Louis. Une salle presque entière du service de M. Jobert est destinée à ces sortes d'affections. Tous les mardis, il y a examen général au spéculum et opérations pour cela. Le système adopté par l'administration du Bureau central fait concentrer dans deux hôpitaux excentriques (Lourcine, Capucines) les malades atteints d'affections vénériennes; il en résulte dans les cliniques officielles un vide presque complet de ces maladies, ce qui est vraiment fâcheux pour l'enseignement. Les affections de l'utérus et des annexes, qui peuvent ou non se lier à une cause vénérienne, se dirigent, par conséquent, plus volontiers vers l'hôpital de Lourcine. Néanmoins, on voit par-ci, par-là, dans les hôpitaux centraux quelques cas soit de metrite, soit de cancer utérin. Autrefois, M. Lisfranc en avait fait une sorte de centre pour ces maladies, à la Pitié; on en voit encore de temps en temps dans son service, mais beaucoup moins que jadis. Nous devons avouer que nous n'avons bien saisi les véritables conditions de chaque variété de ces affections qu'en suivant pendant quelque temps les explorations périodiques de plusieurs séries de malades à Saint-Louis. Un premier point, c'est de bien placer la femme pour voir convenablement au spéculum. Les explorations qu'on fait dans les salles, sur le bord du lit, avec cet instrument et une chandelle sont fort incomplètes; on ne se forme ainsi qu'une fausse idée de la lésion. A Saint-Louis, les malades viennent l'une après l'autre dans un amphithéâtre spécial, très bien éclairé. La femme monte sur une table haute, deux aides la placent comme pour la taille. La seule lumière du jour suffit pour voir parfaitement au fond du spéculum; aucune lumière artificielle n'est donc pas employée, car elle ne servirait que d'embarras. Deux formes de spéculum sont constamment employées, le bivalve métallique, et le cylindrique simple en ivoire, sans valve. Le premier sert pour la seule inspection des parties, le second pour la cautérisation au fer rouge. Ce dernier n'étant pas conducteur du calorique garantit parfaitement la muqueuse des alentours du col. Le bivalve est introduit le premier, on absterge le muco-pus avec des pinceaux de charpie; si la lésion est légère, on cautérise avec le nitrate acide de mercure, sans changer de spéculum; si le mal offre des caractères de malignité, on introduit le cylindre d'ivoire, qui trouve le col déjà nettoyé; on le nettoie encore, puis on y porte un bouton de feu.

Les altérations que nous avons relevées dans ces observations existaient généralement sur la totalité du col, quelquesfois à la face interne seulement de son orifice, d'autrefois à la lèvre antérieure uniquement. Dans quelques cas, les deux moitiés d'un même côté des deux lèvres étaient seules affectées. Le corps lui-même de l'utérus et parfois aussi les ovaires paraissaient altérés en même temps. Quant à la nature de ces lésions, des variétés à l'infini se sont présentées, depuis l'engorgement simple ou l'hypertrophie, avec

ou sans ramollissement, avec ou sans altérations simples ou fongueuses, avec ou sans granulations, jusqu'à la tumeur véritablement squirrheuse ou cancéreuse, encephaloïde, fongueuse ou autre. Dans quelques cas, une véritable végétation hématique, érectile, s'est présentée à la face interne du col. Ici comme ailleurs, au reste, la forme encephaloïde du cancer est la plus fréquente. Le traitement suivi à Saint-Louis contre ces affections est presque uniforme : le repos au lit, des bains, des cataplasmes sur l'hypogastre, quelques pilules de sous-carbonate de fer, la cautérisation répétée avec le nitrate acide liquide de mercure, ou avec le fer rouge, tels sont les moyens mis en usage. Ce dernier remède est employé comme destructeur mécanique et comme modificateur dynamique à la fois. Deux choses sont surtout remarquables dans son emploi : l'absence absolue de douleur et de tout autre accident, lorsque le feu est borné sur le col utérin (et il l'est toujours lorsqu'on se sert d'un spéculum sans valves, en ivoire), et la modification heureuse que les parties présentent après quelques cautérisations. Le col finit souvent par être détruit par la répétition du fer incandescent, un bourgeonnement franc se déclare, une cicatrice de bonne nature se forme, l'écoulement disparaît, et, si la femme est encore jeune, l'utérus reprend plus ou moins promptement ses fonctions. Le cautère dont se sert M. Jobert est de forme olivaire, il est chauffé à blanc; en l'appliquant il ne fait que le poser à peine sur le mal sans appuyer; mais quand il veut produire une escarrhe profonde, il reporte de la même manière deux, trois, quatre fois le même fer, en l'éloignant un instant après chaque attouchement. Jamais, nous le répétons, nous n'avons observé le moindre accident par ces cautérisations sur un assez grand nombre de femmes que nous avons suivies. On s'était imaginé que cela devait causer une douleur atroce, des métrites, des métropéritonites. Il n'en est rien, si nous en jugeons d'après les cas que nous avons observés. On comprend que le fer incandescent ne guérit pas plus le cancer dans cette région qu'ailleurs; mais il est des altérations graves dans le col utérin qui, sans être cancéreuse, pourraient le devenir, et que les caustiques potentiels usuels ne modifient pas aussi énergiquement que le calorique concentré. Les résultats nous ont paru prompts et nets, et nous ne saurions trop engager les chirurgiens des hôpitaux et de la ville à user de cette héroïque ressource. Les effets seraient plus remarquables encore si l'on joignait au traitement local une médication dynamique, ayant pour base, par exemple, l'administration à dose convenable du seigle ergoté, du sulfate de quinine, du fer, des sels de magnésie et des eaux minérales iodées; mais, en général, il faut le dire, les chirurgiens n'ont pas de confiance dans ces ressources; c'est fâcheux pour la science, pour l'art et pour les malades.

On a prétendu dernièrement, dans un article sur cette matière, que dans l'hypertrophie du col, les douleurs que la femme accuse et les fleurs blanches sont la conséquence de son action mécanique, de son frottement sur la muqueuse du vagin. De là, dit-on, l'indication de détruire le col pour guérir. Cette doctrine mériterait une réfutation sérieuse, si son inexactitude ne sautait pas aux yeux de tout le monde. La maladie est dans la phlogose hypertrophique, et non dans le frottement. La femme souffre par le seul fait de la phlogose et avant que l'hypertrophie ne soit bien prononcée. Un pessaire dans le vagin ne produit pas les phénomènes de la maladie en question, et l'on sait que les fleurs blanches viennent de l'intérieur même de l'utérus, et non du vagin. Il s'agit donc d'effets purement dynamiques; aussi la destruction du col n'est-elle pas indispensable pour la guérison. Nous avons vu des femmes guérir par trois ou quatre applications de fer rouge, dans des cas où quinze à dix-huit mois de traitement suffiraient à peine en suivant les anciens errements, le col n'ayant été que modifié dans son état dynamique. On trouve des femmes qui ont le museau de tanche très développé, sans être pour cela malades.

Les suicides ou plutôt les blessures volontaires dans un but de suicide, se sont montrés en assez grand nombre dans les salles de chirurgie durant les mois de juillet et août. En général, ce sont des précipitations volontaires de grandes hauteurs, d'un quatrième, d'un cinquième étage, ou bien des suicides par division de la gorge, avec un rasoir ou un autre instrument. D'autres moyens de destruction sont aussi choisis, mais exceptionnellement (nous ne parlons pas de l'asphyxie par le charbon, moyen aussi formidable que fréquent à Paris, ces cas-là ne se montrant que dans les salles de médecine). Nous en avons observé dernièrement trois cas coup sur coup dans les salles de M. Jobert. L'un était relatif à une jeune femme, aux belles formes, qui s'était jetée d'un sixième étage et était tombée sur les pieds; elle est morte aussitôt entrée. A l'autopsie, on a trouvé les deux têtes des tibia fracturées sur plusieurs points verticalement et obliquement dans l'articulation du genou; nous avons vu les pièces préparées. L'autre, c'était un homme jeune et robuste qui avait choisi le même moyen de destruction; il est mort également aussitôt reçu. L'autopsie a dévoilé une infinité de fractures aux vertèbres, au bassin, au fémur, à la jambe, etc. Le troisième, c'était un homme colossal qui s'était coupé la gorge avec un rasoir, entre les cartilages thyroïde et cricoïde. On a réuni la plaie avec des point de suture; mais le malade est mort promptement de bronchite. A l'autopsie, la trachée et les premières divisions des bronches étaient remplies de mucus écumeux; la membrane bronchique était phlogosée. Un autre cas par la même cause s'est présenté à la Charité (Gerdy); c'était sur un homme jeune; il a guéri de la plaie, mais non de la manie suicide qui se montrait encore. Dans un cinquième qui s'est offert à l'Hôtel-Dieu, le suicide a été tenté par l'ingestion de trois pièces de monnaie; nous avons déjà rapporté cette observation. Cette femme est toujours-là, elle rend des selles sanguino-

lentes, offre une tumeur dure et douloureuse à la région iliaque droite. Nous verrons encore des cas de suicide vers le fort de l'hiver. Les cas par attentat sont plus rares comparativement aux suicides; nous n'avons rencontré dans toute l'année scolaire que trois ou quatre exemples : celui d'un coup de pistolet à l'oreille chez une jeune personne de l'Hôtel-Dieu et dont nous avons donné l'observation; un autre tout récent dans le même hôpital, d'une femme frappée de plusieurs coups formidables de marteau sur la tête; un troisième à Saint-Louis, d'une jeune femme enceinte frappée d'un coup de poignard au dos, près de la colonne vertébrale, mais pas très gravement; enfin, un quatrième à la Charité (Gerdy), d'un homme âgé d'une cinquantaine d'années qui, en remplissant l'acte de la génération, a été saisi par la main puissante d'une maîtresse jalouse, et d'une manière inattendue, par la verge, avec intention d'arrachement véritable; il est probable que cette forcenée aurait réussi dans son projet, si les cris de la victime et la déchirure du fourreau au niveau du pubis ne lui eussent pas fait lâcher prise. Ce malheureux est venu à l'hôpital avec une simple plaie cutanée à l'origine de la verge, et il raconte son aventure avec moins de chagrin que ce marin dont nous avons parlé et qui avait eu son instrument coupé par la main armée de sa femme!; tels sont les seuls cas que nous avons observé pendant les derniers huit mois.

P. S. — Au moment où nous rédigeons ces lignes, nous venons d'apprendre qu'un jeune homme, âgé de 16 ans, vient d'être reçu à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Marthe, ayant la jambe et la cuisse fracassées par suite d'une chute volontaire d'un cinquième étage, pendant un dépit amoureux vivement senti. Nous donnerons plus bas cette observation intéressante.

Terminons ces remarques générales en appelant l'attention sur une complication assez sérieuse des maladies chirurgicales et qui se montre en ce moment dans quelques hôpitaux de la capitale : nous voulons parler de la *variole* et de la *fièvre typhoïde*, mais surtout de la première. Un cas de variole confluente s'est présenté à la Charité (Chassaignac), c'était sur un homme robuste qu'on a fait passer dans une salle de médecine, où il vient de succomber. Un autre dans le même hôpital (Velpeau), sur un enfant âgé d'une douzaine d'années. Un troisième à l'Hôtel-Dieu (Denonvilliers). Deux autres à Saint-Louis (Jobert). Plusieurs autres varioleux ont été observés en ville chez des sujets traités ou non pour des maladies chirurgicales. Le mal a été chez tous confluent et grave; chez un seul cependant il s'est terminé par la mort. Tous ces sujets, l'enfant excepté, avaient été vaccinés; l'un portait des marques innombrables d'une ancienne variole; leur âge était de 40 ans environ. C'est là, pour le dire en passant, un argument écrasant contre les adversaires des revaccinations. Peut-être est-ce là le début d'une épidémie qui succéderait à celle de l'érysipèle si terrible que nous signalions il y a deux ou trois mois à peine. Ce sujet étant du domaine de la médecine, n'est mentionné ici que comme complication des affections chirurgicales. Au point de vue ophthalmologique surtout, les secours de la chirurgie, sont souvent invoqués dans ces occurrences. Il serait à désirer que l'on adoptât pour règle générale de couvrir, dès le début de l'éruption, les paupières et même toute la face de chaque varioleux, avec des feuilles d'or battu dont se servent les doreurs. On garantirait ainsi la conjonctive et la cornée de l'envahissement si redoutable de la maladie.

P. S.—Au moment de corriger ces épreuves, nous trouvons d'autres cas assez graves de variole dans plusieurs hôpitaux : un entre autres, à Saint-Louis, avec des caractéret alarmants, sur un amputé de la jambe dont le moignon était déjà cicatrisé depuis plusieurs semaines; en un instant la cicatrice s'est rompue et le moignon s'est couvert d'escarrhes ulcéreuses d'un très mauvais aspect. Deux jours après, ce malade était à l'agonie, son éruption s'étant comme flétrie. Les journaux anglais, que nous venons de recevoir, nous apprennent que la même épidémie fait des ravages en Angleterre : en peu de temps, 425 individus y sont morts de variole, et la ville de Londres a eu pour compte 49 morts par cette maladie en une semaine.

Hôpitaux militaires.

Hôpital du Gros-Caillou (M. Gimelle). **Syphilis secondaire.** — Le mouvement ordinaire qui a lieu dans les salles des vénériens au Gros-Caillou est d'une centaine d'individus environ de sortants et autant de rentrants par mois; et comme les hommes sortants sont, en cas de récidive, obligés par les réglements militaires de revenir au même hôpital, il en résulte un compte exact pour le chirurgien, de la durée de la guérison, et du nombre proportionel des récidives. Sur un total de deux cents vérolés sortis guéris pendant les mois de juillet et août dernier, il n'est rentré jusqu'à présent que deux seuls individus, avec des symptômes de syphilis secondaire. Il est vrai que ce chiffre comprend les blénorrhagies et les chancres à la fois, et que nous n'avons pas le nombre exact des individus atteints uniquement de chancres, mais comme la question de l'action infectante générale n'est pas envisagée par tous les praticiens de la même manière, puis que d'après les uns (et c'est le plus grand nombre) les chancres seuls peuvent donner la vérole secondaire, tandis que d'après les autres la blénorrhagie jouirait également de la même prérogative, nous avons cru pouvoir comprendre le tout en masse. Que si l'on voulait au reste ne s'arrêter qu'aux seuls chancres, et c'est aussi à cette catégorie qu'appartiennent les deux récidives dont nous avons à parler, on pourra approximativement prendre la moitié du chiffre précédent, et l'on aurait ainsi la proportion de 1 : 50 pour l'expression des récidives. Ces remarques préliminaires ont une grande importance pratique à nos yeux, par la raison qu'au Gros-Caillon les chancres primitifs sont traités à l'aide des mercuriaux ainsi que nous l'avons dit dans le dernier numéro. Or, d'après les idées de M. Ricord, il serait, si non toujours dangereux au moins toujours inutile d'administrer les mercuriaux contre les chancres primitifs, par la raison que ces médicaments n'empêchent pas la vérole secondaire de se déclarer chez les individus qui se trouvent prédisposés pour cela; et que chez ceux qui ne se trouvent pas dans ces conditions, le seul traitement local sans mercure procure une guérison radicale. Il serait cependant important de savoir positivement si les

récidives chez les sujets traités de la vérole primitive, sans mercure, ne seraient pas plus nombreuses que chez ceux traités avec le mercure. Il est des statistiques, nous le savons bien, qui semblent appuyer l'idée de l'inutilité du traitement mercuriel dans la vérole primitive, mais ces publications ne sont pas toutes bien concluantes. D'un autre côté, nous devons faire remarquer que les militaires qui offrent au Gros-Caillou des exemples de vérole secondaire grave et opiniâtre sont précisément de ceux qui ne s'étaient pas fait traiter de leurs chancres primitifs, ou avaient été traités sans mercure. Nous en citerons tout à l'heure un cas bien remarquable.

Des deux cas de vérole sécondaire qui sont en ce moment à l'hôpital, l'un est un jeune homme robuste qui avait été traité pour des chancres primitifs simples pendant les mois de juillet et août; l'autre, également jeune et d'une excellente constitution, avait été traité pour des chancres accompagnés d'un bubon. Le premier avait pris une trentaine de pilules de proto-iodure de mercure (cinq centig. chaque), le second en avait pris quarante. Le maximum de la dose adoptée au Gros-Caillou est de 40 pilules, c'est-à-dire deux grammes de proto-iodure; mais on ne va pas chez tous jusque-là; ordinairement on s'arrête à l'époque où tout symptôme primitif a disparu, ce qui conduit à 30 pilules environ. Quant au traitement local il consiste à cautériser le chancre avec la pierre infernale une ou deux fois au début seulement, pour lui enlever cette apparence grisâtre qui lui est propre; puis, on panse avec de l'onguent mercuriel jusqu'à ce que la surface ulcérée devienne rose, franchement bourgeonneuse et en voie de réparation; alors on se contente pour tout pansement de couvrir la partie avec un linge fin trempé deux fois par jour dans de l'eau fraîche. Par ce mode de traitement la cicatrisation s'effectue ordinairement dans l'espace de trois à six semaines, plus ou moins, selon le siège et l'étendue de l'érosion. D'autres modes de pansement ont été essayés, ils ne guérissent pas plus vite; les cautérisations ne font pas mieux d'après M. Gimelle. C'est ainsi aussi que les deux sujets en question avaient été traités et ils semblaient bien guéris quand ils ont quitté l'hôpital; mais aussitôt sortis, ils se sont apperçus, l'un deux jours, l'autre quinze jours après, que leur corps se couvrait d'une éruption croûteuse, et ils ont été renvoyés à l'hôpital. Chez l'un l'éruption est squammeuse et pustuleuse; il se forme de petits boutons vésiculeux qui laissent suinter une sérosité qui se dessèche et forme des croutes de la largeur de l'ongle du petit doigt; ces croutes tombent et laissent des taches un peu bronzées, mais sans auréole. Chez l'autre, il y a eu aussi des croutes sur tout le corps, mais on ne trouve aujourd'hui que des boutons exactement pareils à ceux que laissent les chancres cicatrisés et indurés sur la verge. Chez tous les deux l'éruption existe abondamment aux bras, aux paumes des mains, aux jambes, au ventre, à la poitrine; les ganglions cervicaux sont développés en grappes. M. Gimelle les a soumis à un nouveaux traitement par les pilules de proto-iodure de mercure, et en même temps à des frictions de pommade mercurielle. Il prescrit une friction de huit grammes tous les deux jours, une fois sur un membre, une autre fois sur un autre membre inférieur ou supérieur, et quelquefois aussi sur le tronc, surtout sur les points les plus couverts d'éruption. Ces malades vont bien par cette double médication, les squammes sont tombées et ne se sont presque plus reproduites, les taches ont perdu leur teinte foncée.

Un troisième malade est atteint d'une vérole secondaire et tertiaire des plus opiniâtres, il est à l'hôpital depuis cinq mois et il n'est pas encore guéri. Il avait eu des chancres primitifs dont il ne s'était pas fait traiter. Il présente aujourd'hui des exostoses sur les crêtes des tibias et une éruption crouteuse, avec des taches bronzées à la peau. A son entrée il avait été traité par le prédécesseur de M. Gimelle à l'aide de la liqueur de Van-Swiéten, mais sans un avantage bien marqué. Au mois d'avril quand M. Gimelle a été chargé de ce service, le malade présentait des douleurs ostéocopes intenses, surtout vers les endroits des exostoses; on lui fit prendre l'iodure de potassium à la dose d'un gramme, puis d'un gramme et demi par jour, et les douleurs ont disparu. Ensuite pour combattre l'éruption on lui a administré les pilules de proto-iodure de mercure et la syphilide s'est améliorée; mais les douleurs ostéocopes sont reparues; on les a combattu de nouveau avec l'iodure de potassium et l'on est revenu aussitôt après aux pilules de proto-iodure. Aujourd'hui on insiste sur ces pilules et sur les frictions de pommade mercurielle, comme chez les deux sujets précédents; le malade va beaucoup mieux, mais il n'est pas guéri; l'éruption et les exostoses existent encore, avec deux belles grappes de ganglions cervicaux, ce qui prouve que le virus est encore en présence, malgré un traitement de cinq mois avec la liqueur de Van-Swiéten, l'iodure de potassium, les pilules de proto-iodure et la pommade mercurielle. Ce serait peut-être le cas d'essayer soit le chlorure d'or, soit l'acide arsénieux, mais dans le formulaire des hôpitaux militaires on ne trouve pas les préparations aurifères, bien qu'elles ne soient pas plus chères que les préparations mercurielles, et les médecins ne peuvent prescrire ce qui ne se trouve pas noté dans cet ouvrage. Nous aurions à parler d'un cas de bubons phagédéniques des plus graves qui est à l'hôpital depuis longtemps; nous reprendrons ce sujet dans le prochain numéro.

Hôpital Beaujon (M. Robert).

HERNIE INGUINALE INCONTENABLE CHEZ UNE FEMME. *Excellents effets de la méthode de M. Gerdy.* — Nous avons déjà dit quelques mots sur cette importante observation; nous pouvons aujourd'hui donner le fait dans tous ses détails, la malade ayant été examinée par nous, et M. Robert ayant eu la bonté de nous faire remettre tous les détails antérieurs dont nous avions besoin.—La femme Trezel, brodeuse, âgée de 46 ans, de bonne constitution, est entrée à l'hôpital Beaujon, salle Ste-Agathe, le 3 septembre 1841, pour être traitée d'une hernie inguinale du côté gauche, qu'elle dit porter depuis trente ans et sans bandage. A l'examen, M. Robert a trouvé une tumeur du volume d'une tête de fœtus à terme dans la grande lèvre, se laissant réduire avec facilité et offrant un trajet inguinal d'une ampleur énorme, les tissus tégumentaires étaient d'une flaccidité extrême. Jusques deux mois avant cette époque, la hernie rentrait lorsque la malade était couchée, mais alors la tumeur ne pouvait plus être contenue par un bandage, et elle était devenue le sujet d'une gêne excessive. Le commémoratif a appris que la tumeur s'était déclarée par suite de fatigues que la patiente avait éprouvées lorsqu'elle était bonne d'enfants il y a 30 ans; que, n'ayant jamais été contenue, elle avait toujours augmenté de volume; que la femme s'étant ensuite mariée à un tisserand elle a exercé l'état de son mari dont elle a eu sept enfants; qu'à chacune de ses couches la tumeur prit de l'augmentation et est arrivée par degrés au point que nous venons d'indiquer. M. Robert a voulu essayer d'abord de contenir la tumeur par des moyens mécaniques, il a mis en œuvre successivement plusieurs bandagistes habiles de la capitale, entre autres le docteur Lafond dont on connaît l'habileté; toutes les pelotes ont échoué, les creuses comme les plaines, les plates comme les pyramida-

les, etc. Le bandage semblait bien aller tant que la patiente restait couchée; mais aussitôt levée, les viscères glissaient au-dessous de la pelote. L'anneau inguinal en effet n'était plus qu'un gouffre pour ainsi dire, et la grande lèvre était convertie en une sorte de sac allongé qui descendait jusque très-bas entre les cuisses. Cette malheureuse ne pouvait plus travailler, elle était faible, sa démarche était difficile et pénible; sans être très âgée, son infirmité lui donnait déjà un air décrépit. M. Robert a pensé qu'il serait convenable d'essayer la méthode de M. Gerdy, moins dans le but d'une guérison radicale que de procurer un rétrécissement assez grand du trajet herniaire pour diminuer la force de précipitation des viscères et permettre ainsi de les contenir à l'aide d'un bandage ordinaire. Le but que le chirurgien se proposait dans ce cas était donc de rendre contenable une hernie qui ne l'était point et qui menaçait par cela même l'existence de la malade.

Six semaines après son entrée, elle a été opéré. Nous ne reproduirons pas le manuel d'une opération que nous avons décrit dans le n° de juillet dernier, page 149; nous dirons seulement que deux points de suture ont été pratiqués pour soutenir l'invagination d'un gros tampon de peau dans le canal inguinal qui était largement ouvert ainsi que nous l'avons dit. Aucun accident ne suivit l'opération. Au bout de quelques jours on cautérisa le cul-de-sac de la peau invaginée, avec de l'ammoniaque, ainsi que le faisait autrefois M. Gerdy dans l'intention de déterminer plus sûrement des adhérences. L'opération et les cautérisations eurent un plein succès; l'anneau s'est considérablement rétréci, et la tumeur ne se montrait plus qu'à peine dans le haut de l'aine seulement; les tissus extérieurs avaient repris beaucoup de consistance, et bien que la grande lèvre fut redescendue quelque temps après l'invagination (ainsi que cela a toujours lieu), la tumeur est restée réduite à peu de chose et un bandage ordinaire suffissait pour la faire disparaître complètement. La femme était donc à peu près complètement guérie et elle est sortie de l'hôpital dans les premiers jours de décembre 1841. — En mars 1843, cette femme est rentrée dans le même service pour des douleurs lombaires; M. Robert a examiné la région opérée et il s'est assuré que le bienfait de l'opération était durable; la tumeur ne se montrait que lorsque la femme était levée, elle offrait le volume d'un petit œuf de poule, était réductible et parfaitement contenable par un bandage inguinal ordinaire. Le cul-de-sac formé par le renversement de la peau dans le canal inguinal a disparu, et il existe seulement une cicatrice au niveau de l'anneau inguinal; les piliers de cet anneau se sentent facilement, mais le doigt ne peut les franchir. Sans nul doute, il s'est formé dans le canal inguinal des adhérences qui empêchent la tumeur de redescendre dans la grande lèvre.

Aujourd'hui, (septembre 1844), troisième année révolue de l'opération, la femme Trezel se trouve de nouveau dans les salles de M. Robert pour une petite indisposition, indépendante de son ancienne maladie; nous avons pu l'examiner à loisir. Lorsque la femme se lève, qu'elle marche un peu sans bandage, qu'elle fait des efforts pour aller à la garde-robe, une petite tumeur herniaire existe dans le haut de la région inguinale, du volume et de la forme d'un œuf de poule; elle est facilement réductible. Par sa position oblique et élevée, elle paraît tout-à-fait bornée dans la moitié supérieure du trajet inguinal. La peau offre au-devant et au-dessous de l'anneau une certaine épaisseur et une trace de cicatrice comme si elle eût été formée par un abcès ou une ulcération; le derme est peu glissant. La grande lèvre correspondante est beaucoup plus longue que l'autre, flasque, ridée et pendante comme une sorte de vieux jabot. En essayant d'introduire le doigt par l'épaisseur de cette grande lèvre dans l'anneau inguinal, on est arrêté au milieu de cet anneau, par une coarctation puissante et des brides. L'acte de tousser ne fait pas descendre la tumeur; le bandage la retient parfaitement réduite et la femme n'accuse aucune souffrance de ce côté, elle a pris des forces, marche librement et se porte bien depuis l'opération.

— Nous avons voulu donner à la rédaction de cette observation tout le développement possible, car elle est un document précieux pour la science et pour l'art. Il s'agit ici d'une application de la méthode par invagination, plus importante et plus réalisable peut-être que celle qui consiste à guérir radicalement la hernie simple chez les sujets jeunes. L'art était, il faut le reconnaître, dans l'impuissance en présence des hernies incontenables; ces cas sont moins rares qu'on ne le croit. Les hernies irréductibles, dans l'un comme dans l'autre sexe, sont souvent d'abord incontenables, puis des hypertrophies et des adhérences les fixent au dehors ou leur otent le droit de domicile. Dans l'un et l'autre cas l'affection est sérieuse; l'exemple ci-dessus en est une preuve. On doit par conséquent considérer comme un véritable progrès, et d'une valeur très-grande, une opération aussi innocente, dont le résultat est de restreindre l'étendue du mal, de le rendre domptable à l'aide d'un bandage ordinaire et de soustraire ainsi l'organisme aux ravages inévitables que sa présence n'aurait manqué de produire.

LIPOME A LA MARGE DE L'ANUS *simulant une hernie périnéale.* — Le nommé Richer, âgé de 45 ans, de bonne constitution, ancien maître d'équitation dans un régiment de cavalerie, est entré à l'hôpital pour une tumeur qu'il portait depuis plus de vingt ans à la marge de l'anus, précisément au côté gauche et empiétant sur la fesse, avec les apparences de la hernie ischiatique dessinée dans les planches de Scarpa. M. Robert a décrit de la manière suivante cette position de la tumeur : Côté gauche de l'escavation ischio-rectale; s'étend en dehors jusqu'à l'ischion qu'elle contourne et recouvre un peu; en dedans: 1° jusqu'à l'anus, dont les plis sont effacés et les téguments altérés en dehors et amincis; 2° jusqu'à la rainure inter-fessière et jusqu'au niveau de la pointe du coccyx; 3° dépasse un peu le niveau de l'anus et descend jusqu'au périnée proprement dit. Elle était du volume d'un gros citron, de forme oblongue et un peu aplatie, à surface lobulée, terminée par un gros bout en avant et un petit bout en arrière; longueur 10 centim., largeur 7 centimètres; sans changement de couleur à la peau, indolore, mollasse, élastique au toucher, mais offrant pourtant une certaine consistance lorsqu'on la serrait entre les doigts. En circonscrivant, et serrant fortement la base avec les doigts, on déplaçait presqu'entièrement la masse mais on y sentait une sorte de pédicule qu'on pouvait croire émaner de l'intérieur du bassin. En essayant de la réduire on l'aplatissait, ou l'écrassait et on l'élargissait un peu; elle était en partie refoulée vers le bassin. Un doigt passé dans le rectum pendant ces manœuvres ne recevait d'autre impulsion que celle de la pression exercée sur le plancher périnéal. L'acte de tousser n'augmentait pas le volume de la tumeur, mais il imprimait à celle-ci une certaine secousse qui la faisait légerement bomber et osciller, par l'intermède sans doute de la réaction éprouvée par le périnée. Aucune fluctuation n'était sentie dans la masse.

A ces détails de l'état présent se joignait le commémoratif suivant. Le mal s'était, au dire du patient, déclaré en 1821 à la suite d'un clou occasionné par de longs exercices à cheval ; ce clou avait suppuré pendant trois mois ; puis une tumeur a commencé à paraître, la quelle rentrait par la compresssion à volonté au dire du malade ; plus tard cette réduction était devenue impossible. Le patient éprouvait souvent des coliques, des éruptions, des maux de cœur et des tiraillements à l'estomac. Ces données conduisaient à l'idée d'une hernie ; cependant l'inspection laissait des doutes, ainsi qu'on vient de le voir. M. Piorry ayant été prié de percuter la tumeur a trouvé un son mat partout. L'hypothèse d'un kyste et celle d'un lipome ont été tour à tour présentées et discutées par M. Robert. Le diagnostic précis a dû rester dans le doute ; il fallait cependant l'éclaircir, la ponction exploratrice ordinaire n'a pas paru suffisante puisqu'on n'y sentait aucune fluctuation ; dès lors M. Robert s'est décidé à fendre longitudinalement et couche par couche la tumeur, comme une hernie étranglée ; si le mal eût été une hernie on aurait fermé la plaie à l'aide d'une suture. Nous avons été présent à cette opération. Un aide a porté un doigt dans le rectum pour repousser la tumeur au dehors et empêcher en même temps que rien n'y retombât. A peine les téguments ont ils été divisés qu'on a vu jaillir de petites grappes lipomateuses. L'opérateur a fendu convenablement les parties, circonscrit la base, examiné le fond, et s'étant assuré que le lipome existait sans complication il a poursuivi le pédicule jusqu'à l'excavation ischio-rectale. La plaie n'y a donné que fort peu de sang ; la masse du lipome était ferme blanche et comme albumineuse. Les suites ont été heureuses, le malade est sorti guéri quinze jours après.

— Au point de vue du diagnostic on trouve rarement des faits plus embarrassants que celui qu'on vient de lire, et pourtant le traitement en dépendait absolument. Les caractères de la tumeur ne s'accordaient pas tout à fait avec la présomption d'une hernie ; mais le commémoratif y conduisait, ce qui recommandait une grande prudence dans le parti à prendre. Il se pouvait d'ailleurs qu'une petite hernie coexistât avec un lipome. La méthode d'exploration sanglante adoptée par M. Robert offrait plus d'assurance que la ponction avec un troiquarts, toute idée de tumeur hématique étant écartée. On voit bien que, par sa position inusitée, une tumeur, très ordinaire par sa nature, est devenue dans ce cas le sujet d'une question de haute chirurgie.

Amputation d'un doigt. *Nouveau procédé.* — Un homme robuste portait une suppuration profonde au doigt médius avec nécrose de la première phalange. L'ablation du doigt dans l'articulation phalango-carpienne est devenue indispensable ; M. Robert l'a pratiquée de la manière suivante. Il a fait d'abord sur la face dorsale de l'articulation une incision verticale, s'étendant depuis la saillie de la même articulation jusque vers le milieu de la première phalange et dans la direction de l'axe du doigt ; contournant alors le bistouri du côté radial il a taillé un lambeau latéral qu'il a disséqué d'un seul trait de bas en haut jusqu'à l'articulation ; puis il a ouvert celle-ci, a luxé la phalange, a glissé la lame derrière elle, et a taillé l'autre lambeau à l'ordinaire. Il en est résulté deux lambeaux très longs, couvrant parfaitement la tête du métacarpien et offrant la plus grande épaisseur possible. Un autre malade opéré de la sorte par M. Robert et déjà guéri, nous a permis de juger des effets de ce mode opératoire ; le moignon de la cicatrice est plus matelassé que par celui qu'on obtient par le procédé ordinaire. On comprend en effet qu'en taillant simplement les deux lambeaux par une double incision oblique ou ovalaire qui se réunit angulairement sur le sommet de l'articulation, on ne trouve qu'à peine de parties molles pour couvrir la tête du métacarpien ; tandis qu'en pratiquant d'abord une incision verticale, puis les deux lambeaux vers le milieu de la phalange, on a beaucoup plus d'étoffe pour le moignon. Il est vrai que l'opération est moins prompte et moins brillante que par l'autre procédé, mais qu'importe, puisque le résultat est meilleur. M. Denonvilliers vient d'amputer à son tour un doigt indicateur en suivant à peu-près le procédé que suit depuis longtemps M. Robert et que M. Lisfranc enseignait autrefois dans ses cours. M. Denonvilliers nous a dit qu'il suivait partout le même principe dans les amputations ovalaires, c'est-à-dire qu'au lieu de commencer par décrire la forme angulaire des lambeaux, il pratique d'abord une simple incision verticale qui sert de prolongement aux deux lambeaux.

Fracture de la rotule. *Nouvel appareil.* — Un homme portait une fracture transverse de la rotule avec un grand écartement. En soulevant le membre dans un état d'extension on ne pouvait obtenir un rapprochement complet des fragments, mais leur écartement restant était peu prononcé. Le cas était simple d'ailleurs. M. Robert a pensé que la circonstance était favorable pour essayer la griffe coaptatrice de M. Malgaigne ; il a donc prié ce chirurgien de venir l'appliquer lui-même. Cela a eu lieu, mais le malade n'a pu la supporter, la réaction a été tellement vive qu'il a fallu se hâter d'enlever l'instrument, et notez bien, la griffe n'a pu rapprocher davantage les deux fragments qu'on pouvait le faire sans elle. Alors M. Robert y a subtitué l'appareil suivant. Il a fait appliquer à une longue et large attelle en bois épais deux bâtonnés en fer, de la grosseur d'un doigt indicateur, de la longueur de 20 à 25 centim. environ ; appliquer, disons-nous, transversalement dans l'épaisseur du bois comme deux échelons de certaines échelles, et vers le milieu de la longueur de l'attelle. Le membre a été placé sur un plan très élevé et incliné du talon vers la fesse, l'attelle a été placée à sa face postérieure, bien matelassée pour ne pas blesser ; les deux échelons se sont trouvés à la hauteur de la rotule, c'est-à-dire l'un à la partie inférieure du fémur, l'autre à la partie supérieure de la jambe, et à une distance de 12 à 15 centim. l'un de l'autre. Une bande en doloire a fixé l'attelle, puis par des 8 de chiffre autour de l'articulation et des échelons on a serré et rapproché parfaitement les deux fragments, sans agir par conséquent sur les vaisseaux et nerfs du jarret. Cet appareil très simple et très efficace a été parfaitement toléré et le malade a guéri avec un très-faible écartement des fragments. La partie neuve et importante de cet appareil consiste dans l'attelle à échelons métalliques ayant pour but de donner un point d'appui solide aux tours de bande. On comprend que les tours de bandes agissent efficacement sans léser la peau, puisqu'on peut garantir celle-ci par du coton, etc.

Hôpital de la Charité (M. Chassaignac.)

Blessure de l'artère radiale. *Ligature. Circonstances remarquables.* — Un jeune homme, âgé de 23 ans, menuisier, s'est blessé accidentellement avec un scalpel à la partie inférieure de l'avant-bras gauche, précisément à trois centim. au-dessus de l'articulation radio-carpienne, face palmaire, côté radial. Le sang a jailli avec abondance, et l'on a reconnu que l'artère radiale avait été lésée. Le malade a été reçu à la Charité ; M. Chassaignac s'est mis en

devoir de lier le vaisseau; il a commencé par faire comprimer la brachiale, pour pouvoir agir à sec dans la plaie; mais cette compression a paru insuffisante, car le sang continuait à couler. Ce sang ne provenait pas du bout inférieur, car en comprimant la radiale elle-même au-dessus de la plaie l'hémorrhagie a été arrêtée. M. Chassaignac a fait continuer cette compression, a débridé la plaie en haut et en bas, isolé parfaitement l'artère de deux veines collatérales et placé deux ligatures, l'une au-dessus, l'autre au-dessous du point blessé, à une distance de trois centimètres de ce même point. Ces ligatures ont été parfaitement nouées; elles étaient fines et ont été fixées par un double nœud simple. Le sang cependant a continué à couler dès qu'on a laché la compression. Cela ne pouvait s'expliquer que par une double hypothèse : par la présence d'anastomoses puissantes entre l'endroit de la ligature et celui de la plaie, ou bien le nœud de la ligature n'était pas assez serré. Cette dernière hypothèse a dû être écartée, car l'opérateur avait la conviction d'avoir convenablement serré. Dès lors M. Chassaignac a placé un autre fil de chaque côté, plus près du point divisé; de sorte qu'il y a eu quatre fils de placés, deux au-dessus et deux au-dessous, et l'hémorrhagie a été définitivement arrêtée. Le membre pansé à l'ordinaire a été placé sur un oreiller, dans une position assez élevée. Le lendemain, le malade est bien, malgré que le pouls soit légèrement febrile et que la nuit ait été agitée. M. Chassaignac a pour pratique de ne changer le premier appareil que le huitième jour, à moins que quelque accident ne l'y oblige; ceci est conforme au principe des pansements dits par occlusion dont nous venons de rendre compte. Le onzième jour, le malade est en pleine voie de guérison.

— La ligature de l'artère radiale a été pratiquée moins fréquemment que celle de la brachiale ou de la fémorale. Une chose remarquable, c'est que la ligature de la radiale a plus souvent que celle de la brachiale, ou de la fémorale présenté des anamalies, ou des difficultés inattendues. L'exemple qu'on vient de lire en est une preuve. Une première circonstance digne d'attention dans ce cas, c'est que la compression de la brachiale n'ait pas suffi pour arrêter le sang et permettre d'opérer. Il a donc fallu comprimer sur l'avant-bras, et, au besoin, on aurait pu comprimer avec le bout d'un doigt dans la plaie elle-même, en attendant que l'opérateur débriderait la plaie et isolerait le vaisseau. Un autre point non moins important à noter, c'est l'insuffisance de deux premières ligatures placées l'une au-dessus, l'autre au-dessous, à trois centimètres (un pouce) de distance chacune du point lésé. La nécessité dans laquelle l'opérateur s'est trouvé de placer deux autres ligatures a fait dire avec raison à M. Chassaignac que le principe de lier les artères blessées sur le point même de la division, immédiatement au-dessus et au-dessous, était de la plus grande rigueur. Pour s'expliquer la continuation de l'hémorrhagie après les premières ligatures, il faut peut-être tenir compte d'une circonstance qui n'est pas mentionnées dans les auteurs, c'est que chez les ouvriers qui exercent beaucoup leurs bras, comme les menuisiers, les forgerons, etc., les artères collatérales ou anastomotiques sont très développées et fermes comme les muscles; de sorte que des ramuscules qui, chez d'autres, n'auraient rien fait, chez le malade en question, ont pu produire ce qu'on vient de voir. Nous ne devons pas terminer ces réflexions sans rappeler un cas analogue de M. Jobert que nous avons rapporté dernièrement (juillet, p. 145) et qui a été parfaitement guéri à l'aide de deux ligatures pratiquées dans deux plaies distinctes que le chirurgien a faites, l'une au-dessus, l'autre au-dessous de la plaie primitive, sans toucher à celle-ci. Ici le sang a été parfaitement arrêté, et pourtant, dans le cas de M. Chassaignac, un procédé à peu près pareil a échoué; les deux ligatures, en effet, se trouvaient placées à une petite distance du point divisé dans les deux cas. Nous faisons obstraction du débridement de la plaie, car ceci ne change rien quant aux rapports des ligatures avec le point lésé du vaisseau. Nous renvoyons le lecteur aux détails du cas rapporté à la page citée; le rapprochement de ces deux faits offre un véritable intérêt pratique.

Ponction de la vessie. *Cathétérisme excentrique.* — A la salle Saint-Jean, n° 1, est couché le nommé Delacroix Jean-Baptiste, cordonnier, âgé de 64 ans, constitution forte, embonpoint marqué, bonne santé habituelle. Dans le courant de sa vie, le malade a eu sept à huit fois la blenorrhagie; la dernière date d'une dixaine d'années. Tous les écoulements urétraux qu'il a contracté ont duré longtemps : un mois et demi, deux mois; le dernier même a persisté durant quatre mois. Toutes les fois, dit-il, qu'il a été atteint de gonorrhée, il s'est confié aux soins de médecins. Ce n'est qu'à sa dernière blenorrhagie accompagnée de chancres, qu'il a fait usage, sur le conseil de personnes étrangères à l'art, d'injections extrêmement violentes qui l'ont rendu longtemps malade. Toutefois, après la disparition de chacun de ses écoulements, le malade a toujours uriné librement et avec facilité. Il y a environ cinq ans et demi, après un repas où il avait fait des libations copieuses, il fut pris brusquement d'une rétention d'urine. Entré à l'hôpital, on le le sonda avec difficulté; et ce n'est qu'au bout d'un mois qu'il put sortir guéri. Il resta trois ans à peu près sans être pris de nouveaux accidents. Au bout de cette époque, après s'être enivré, il se trouva encore dans l'impossibilité d'émettre ses urines. Rentré à l'hôpital, on n'arriva encore qu'avec de très grandes difficultés à pratiquer le cathétérisme; mais l'emploi des émolliens, des bains répétés, parvinrent à vaincre seuls les obstacles; et après vingt-cinq jours de traitement, il sortit parfaitement rétabli.

Enfin, le 24 août dernier, après un excès de boisson, le malade éprouva, dès le lendemain et pour la troisième fois, une rétention d'urine. Lorsqu'il entra à l'hôpital, il y avait douze heures qu'il n'avait pu uriner. L'interne de garde appelé essaya en vain de le sonder, même après avoir employé les bains, les émollients. Néanmoins, l'état du malade ne se trouvait pas assez alarmant pour qu'on fût dans la nécessité d'évacuer immédiatement le liquide de la vessie. On attendit donc jusqu'à la visite du lendemain 25, sans rien tenter de nouveau. M. Gerdy, alors, essaya à plusieurs reprises, mais vainement aussi, d'arriver jusqu'au réservoir urinaire. Un bain fut redonné au malade; le chirurgien a recommencé à midi et à 5 heures du soir, de nouvelles tentatives pour arriver dans la vessie au moyen de sondes et de bougies variées; voyant tous ses efforts sans succès et l'état du malade devenant inquiétant, il se décida à pratiquer une voie artificielle aux urines, et la ponction hypogastrique fut faite. Le malade se trouvait dans les conditions suivantes :

le ventre était fortement tendu; et avec cette tension extrême, manifeste généralement, coïncidait partout une matité presque absolue, excepté à la région épigastrique et sur la partie déclive des flancs. Par la palpation, on percevait une tumeur très résistante, facile à limiter en haut, où elle s'élevait à 4 ou 5 centimètres au-dessus de l'ombilic. L'anxiété la plus vive se peignait sur ses traits, et il poussait sans cesse des sons plaintifs. La ponction fut pratiquée à l'aide d'un troiquarts courbe, à 5 centimètres environ au-dessus de la symphyse des pubis, sans incision préalable en ce point. Le poinçon retiré, une quantité considérable d'urine sortit par la canule, et le malade fut immédiatement soulagé. On laissa la canule du troiquarts dans la vessie après l'avoir préalablement bouchée et fixée par des liens qui venaient s'attacher sur un bandage de corps. Elle fut ainsi maintenue en place jusqu'au surlendemain 27, où une sonde de gomme élastique vint remplacer la canule rigide du troiquarts. Voici comment M. Gerdy s'y est pris pour opérer cette substitution : Un mandrin courbé, dont la courbure coïncidait parfaitement avec celle de la canule du troiquarts, fut introduit dans l'intérieur de cette canule, et, par-là, dans la vessie. Ce dernier instrument retiré, le chirurgien fit glisser, le long du mandrin courbe, une sonde de gomme élastique, ouverte par ses deux extrémités; puis le mandrin lui-même fut retiré, et, ainsi, la sonde flexible resta seule dans le canal hypogastrique. Disons qu'à la visite de la veille, M. Gerdy avait tenté déjà l'introduction de la sonde de gomme élastique dans le conduit artificiel; mais qu'il ne put y parvenir à cause de l'épasseur trop considérable des parois des sondes qu'il avait à sa disposition. Or, au moment de cette tentative, les bords de la plaie avaient acquis déjà une telle consistance, par suite de l'inflammation des tissus ambians, du tissus cellulaire surtout, que le conduit resté un instant libre laissa facilement écouler de l'urine sans permettre aucune infiltration de ce liquide dans les parties environnantes. C'est surtout à la présence de la canule du troiquarts dans le trajet de la ponction, qu'on doit rapporter cette cohésion des parois du canal artificiel. Enfin, la sonde de gomme élastique, une fois introduite dans l'ouverture, on boucha l'orifice avec un fausset et on le maintint immobile à l'aide de liens qui allaient la fixer à un bandage de corps.

Ainsi se trouvait ouverte une voie anormale mais facile pour l'écoulement des urines. Il s'agissait maintenant de s'occuper des voies naturelles; les sondes, les bougies introduites par le canal de l'urète pénétraient facilement dans le conduit jusqu'à la portion prostatique. Mais le prostate, comme le toucher le faisait reconnaître, se trouvait considérablement engorgée et s'élevait fortement dans le bassin, les blennorrhagies antérieures et l'âge du malade expliquent facilement l'intumescence de cette glande. Pour combattre cette hypertrophie prostatique, M. Gerdy prescrivit 40 sangsues au périnée, des bains à prendre chaque jour. C'est alors que M. Chassaignac prit le service; il continua l'administration des bains, mais en diminuant toutefois la fréquence de leur emploi. Ainsi il n'en ordonna qu'un tous les trois jours. Or, depuis le commencement de l'opération jusqu'à ce moment, il n'est survenu aucune inflammation grave; seulement la sonde introduite par l'hypogastre pénétrant sans doute un peu trop profondement dans la vessie, et venant frotter contre sa paroi postérieure, sa produit un peu de cystite locale qui a amené quelques quantités de matières filantes dans les urines, et détermina des douleurs assez considérables au malade lorsqu'il toussait, ou lorsqu'il voulait uriner; en un mot toutes les fois qu'il faisait un effort quelconque. Ces douleurs se propageaient jusque dans la verge. Ce phénomène est dû sans doute, comme le fait remarquer M. Chassaignac, au refoulement en avant de la paroi postérieure de la vessie enflammée, au contact de cette paroi avec le fond de sonde, et tout cela produit par suite de la pression exercée sur la vessie par la masse intestinale dans l'acte de l'effort. Ce fait ayant été bien apprécié, le remède a été facile. Il a suffi de raccourcir la sonde, de la renouveler plus souvent, pour faire disparaître tous ces symptômes. Je dis qu'on a dû renouveler souvent la sonde; car, d'après les observations intéressantes de M. Chassaignac, il résulte qu'une sonde en gomme élastique laissée plusieurs jours dans la vessie, ne tarde pas à subir des altérations nombreuses, capables de déterminer une irritation vésicale, si facilement excitée à cet âge, et dans les conditions où se trouvait ce malade. En effet que se passe-t-il dans une sonde ainsi en contact prolongé avec les urines? Laissons parler le chirurgien par intérim de la Charité : d'abord il se produit, dit-il, un léger ramollissement autour de l'œil de l'instrument; de petites écailles s'élèvent sur les parois de cet orifice. Cet état rugueux primitivement limité, s'étend bientôt à tout le pourtour de la sonde qui offre sur tous les points d'abord un aspect chagriné, puis écailleux. Ces écailles qui se forment dépendent de la sonde elle-même dont quelques parcelles moins adhérentes se détachent en partie. Peu étendues lorsqu'elles commencent à se produire, elles augmentent de nombre et de dimension à mesure que l'altération fait des progrès. Enfin le bec de l'instrument peut être tellement miné par l'usure qu'il se recourbe angulairement et peut ne tenir que faiblement au corps de la sonde. On conçoit ainsi que venant à frotter sur les parois de l'organe, il puisse y déterminer une inflammation, et de plus il peut arriver que cette extrémité, comme flottante, se détache et reste dans la vessie dans les efforts que l'on fait pour retirer la sonde : si l'on vient à fendre l'instrument de gomme élastique pour examiner l'intérieur, voici ce que l'on aperçoit : des incrustations formées soit par des mucosités, soit par des matières purulentes ou sanguinolentes, soit par des sels calcaires, tapissent ses, parois, et lorsqu'on vient à les enlever par le raclage, la surface interne de la sonde offre un aspect chagriné, écailleux. En même temps que ces phénomènes se produisent tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de la sonde, l'instrument perd en grande partie sa flexibilité, circonstance qui le rend plus propre encore à déterminer une irritation.

Presque chaque jour, et dans le but de rétablir les voies normales pour fermer la fistule hypogastrique, M. Chassaignac essayait d'arriver dans la vessie par le cathétérisme urétral ordinaire. Mais toute tentative restait sans résultat et amenait constamment un écou-

lement de sang. Au reste, jamais on ne prolongeait les essais d'introduction de la sonde, de peur d'irriter la prostate et d'augmenter encore l'engorgement. Un jour il arriva au chirurgien de faire pénétrer par la ponction, une sonde d'argent jusque dans la vessie; le bec vint s'engager dans le canal de l'urètre; les yeux se trouvèrent ainsi bouchés par les parois de ce conduit. La sonde était en effet immobile et solidement fixée et l'urine ne passait point par l'instrument. Mais en retirant un peu l'algalie au dehors, le jet de l'urine apparaissait, preuve qu'elle était bien dans le canal précité. M. Chassaignac sut aussitôt tirer un excellent parti de cette circonstance. Car puisqu'il était impossible de pénétrer dans la vessie par la voie ordinaire, que d'une autre part une sonde introduite par l'hypogastre arrivait facilement dans l'urètre, et par suite pouvait aisément changer la direction de la portion prostatique de ce canal, pourquoi n'essayerait-on pas de pratiquer le cathétérisme d'abord par la vessie en même temps que par la portion pénienne de l'urètre, afin qu'en conduisant les deux instruments l'un vers l'autre, la sonde vésicale pût frayer le chemin à la sonde pénienne? Cette prévision fut couronnée de succès. En se servant de deux sondes en argent il a été facile de constater la rencontre des deux instruments par leur bec en les faisant frapper l'un contre l'autre. Or, en poussant l'algalie introduite par l'urètre en même temps qu'on retire celle qui a pénétré par l'hypogastre dans le canal naturel de l'urine, on obtient très facilement l'écoulement du liquide de la vessie; depuis huit jours, cette pratique est répétée chaque matin avec un plein succès. Une sonde de gomme élastique est laissée en permanence dans l'urètre autant que le malade peut la supporter. Il n'a point encore pu de lui-même uriner par le canal normal.

Voilà déjà plus de trois semaines que cette opération est pratiquée, et jusqu'ici aucun accident sérieux n'est survenu. On est porté à regretter que la ponction hypogastrique soit aussi rarement mise en usage. Evidemment on s'en est exagéré les dangers. Consultez en effet les chirurgiens qui l'on faite, et tous vous diront que rarement ils ont vu des accidents se manifester; l'infiltration urineuse si rédoutée est presque ici une chimère, en prenant la précaution de laisser demeurer encore, dans l'ouverture pratiquée, la canule du troiquarts dont la présence détermine bientôt une inflammation du tissu cellulaire ambiant, par suite de laquelle il n'y a point de solution de continuité dans les parois du trajet qui s'étend de la peau à la cavité vésicale. Au lieu de labourer l'urètre, de perforer la prostate, et de produire des déchirures si souvent mortelles, ne vaudrait-il pas mieux, dans nombre de cas, recourir à cette opération, en général si simple?

Virus vénérien. — Il est remarquable que le pus des chancres primitifs ou de la gonorrhée introduit dans l'estomac de l'homme n'exerce aucune action locale ni générale. (Hunter.)

Hôpital de la Pitié (M. Lisfranc).

Ulcère chronique au pied. *Dénudation du 5e. métatarsien. Guérison sans opération.* — Un homme âgé de 60 ans environ, d'assez mauvaise constitution, portait à la partie externe et antérieure du pied une ulcération d'apparence sordide, de l'étendue de trois centimètres carrés à peu près, donnant une suppuration extrêmement abondante et fétide; un stylet faisait sentir le cinquième métatarsien à nu dans une grande étendue, les parties environnantes étaient engorgées et douloureuses, une opération semblait indispensable, plusieurs chirurgiens l'avaient proposée et le malade n'avait été adressé à l'hôpital que pour cela. M. Lisfranc a cru devoir préparer le patient avant de l'opérer, il l'a mis à l'usage de l'iodure de potassium (un gramme par jour), puis il a fendu largement le trajet fistuleux et mis l'os dénudé à découvert. Peu de jours après, la suppuration était déjà moins abondante, puis l'os s'est couvert de bourgeons charnus, et en continuant le remède intérieur la suppuration s'est épuisée. En moins d'un mois la guérison a été complète sans opération.

— Les faits de ce genre doivent être enregistrés, car ils prouvent que dans les affections des petits os il ne faut pas toujours désespérer de la guérison sans opération. Il y a là une si grande vitalité que la nature se suffit souvent à elle-même; une exfoliation pulvérulente a lieu, les surfaces se couvrent de bourgeons et la nature opère seule la guérison. Cela est plus rare dans les dénudations des os volumineux; M. Lisfranc cependant cite deux exemples d'une grande dénudation suppurante au fémur et qui se sont guéris par bourgeonnement et sans nécrose. On comprend en effet qu'un os peut être dénudé, même à la suite d'une affection spontanée, sans que son parenchyme cesse de vivre à l'ordinaire. Tout cela conduit à cette conséquence : que dans les affections des os de petit volume il ne faut pas se hâter à employer l'instrument tranchant avant de s'être bien assuré de l'insuffisance des forces organiques à procurer la guérison.

Jambe artificielle après l'amputation sus-malléolaire. — A l'occasion d'un individu amputé au quart inférieur de la jambe et guéri à l'hôpital, M. Lisfranc a examiné la question relative à l'appareil de prothèse que l'administration accorde à ces sortes de sujets. On sait que pour appuyer le long moignon de la jambe on fait aujourd'hui usage d'une jambe mécanique de l'invention de M. Millo d'Aix, ou de M. Martin. Cet appareil tel qu'on l'avait confectionné jusqu'à présent est coûteux et sujet à se déranger facilement. M. Lisfranc vient de faire remplacer le soulier mécanique qui est la partie la plus coûteuse et la plus susceptible de dérangement par un simple pilon ordinaire. Les opérés jouissent ainsi du bénéfice de la méthode opératoire en question sans avoir les inconvénients attachés aux frais d'entretient d'une machine compliquée. Le malade que nous avons vu à la Pitié marchait très bien avec cet appareil à pilon. Nous insistons particulièrement sur cette circonstance par la raison que quelques chirurgiens, surtout parmi les militaires, hésitaient jusqu'à ce jour à adopter la méthode d'amputation prémalléolaire à cause des inconvénients de l'appareil mécanique que le moignon nécessite plus tard. Un militaire, disait-on, amputé de la sorte, en retournant dans son village, ne trouvera pas à faire arranger sa mécanique, tandis qu'il trouvera partout à faire

faire un cuissard ordinaire pour servir à l'amputation près du genou. Il est évident que ces considérations restent sans application désormais, puisque l'opéré de M. Lisfranc marche très bien avec une machine à pilon, malgré que son membre ait été amputé près des malléoles.

Hôpital Saint-Louis (M. Jobert).

Urétroplastie pénienne. — Nous avons rapporté, il y quelque temps, un cas de fistule pénienne guéri par M. Jobert à l'aide de l'autoplastie (1844, p. 67 et 108). En voici un autre exemple bien autrement compliqué et en voie de guérison. Un homme de cinquante ans environ avait des rétrécissements anciens dans l'urètre, et par suite, des rétentions d'urine. Le canal a fini par se perforer et l'urine par s'épancher dans le scrotum. Il en est résulté une mortification de toute la moitié gauche des bourses et d'une portion de la peau du pubis; l'urètre s'est trouvé détruit dans l'étendue de 8 à 9 centimètres (3 pouces), précisément dans les deux tiers postérieurs de la portion comprise dans les corps caverneux et dans celle de la portion antérieure du périnée. A l'entrée du malade à l'hôpital, on remarquait d'abord une énorme brèche suppurante à la partie inférieure de la verge, et un désordre pareil dans la moitié droite du scrotum; l'autre moitié des bourses était saine, ce qui dénotait une division parfaite du dartos en deux moitiés. Il va sans dire que les urines s'extravasaient en totalité par cette voie. En remontant jusqu'au dessus du pubis, la destruction suppurante s'était rétrécie comme une rigole dans la largeur d'un centimètre environ, passant à côté de la racine de la verge et se terminant en languette. Tel était l'état du malade depuis assez longtemps, les escarrhes étaient tombées, les parties étaient en voie de réparation, mais la destruction de l'urètre restait là comme un désordre redoutable. M. Jobert a commencé par préparer ce malade à l'aide de sondes en permanence. En passant de la portion saine du gland à la portion saine du périnée, la sonde restait à découvert dans une grande étendue, savoir, de toute la portion correspondante à la partie détruite du canal; les urines coulaient en partie par la sonde, en partie entre elle et l'ouverture anormale. Enfin, il l'a opéré de la manière suivante: il a taillé sur le scrotum, resté intact, un grand lambeau carré, à base inférieure; il l'a disséqué de haut en bas et l'a relevé, comme une sorte de tablier jusqu'à la verge, où il l'a fixé par des points de suture de manière à obturer toute la brèche urétrale; la verge s'est trouvée ainsi clouée sur cette pièce dans presque toute sa longueur jusqu'à la base du gland, et le scrotum remonté et rapetissé notablement et par la gangrène primitive et par l'emprunt qu'on venait de lui faire. D'un autre côté, l'opérateur a disséqué aussi et réuni par des points de suture la rigole suppurante qui remontait du scrotum jusqu'au dessus du pubis, en passant à côté du pénis. Une sonde en permanence a été fixée dans le canal naturel. Des tranches d'amadou, appliquées contre les parties réunies, ont servi avec une bande de moyen compressif. Le malade a été couché sur le dos, le bassin un peu élevé à l'aide d'un oreiller sous le siége, les jambes fléchies, les genoux en l'air et rapprochés; un grand cerceau garantissait la région pelvienne du contact des couvertures. Le troisième ou quatrième jour, on a enlevé quelques points de suture; les autres, les jours suivants. Le lambeau scrotal s'est gangrené à son sommet dans l'étendue d'un centimètre environ, mais il s'est parfaitement recollé dans le reste de son étendue. Les parties correspondantes à la plaie sus-pubienne se sont parfaitement réunies. Il faut attendre les résultats de la chute de l'escarre du lambeau et du bourgeonnement consécutif pour juger définitivement cette tentative.

Aujourd'hui, 10 septembre, un mois environ après l'opération, ce malade n'est pas guéri, mais son état est beaucoup amélioré, et M. Jobert espère compléter son œuvre par une seconde opération. Voici comment les choses se présentent en ce moment: toutes les brèches ci-devant décrites sont obturées, excepté dans la portion antérieure de l'urètre pénienne qui correspond à la petite escarre du lambeau; là, à la face inférieure de la verge, on voit une ouverture suppurante de l'étendue d'un à deux centimètres carrés. Au bord inférieur de cette ouverture correspond le bord supérieur du lambeau scrotal qui est lui-même bourgeonneux et tend sans cesse à retrécir les limites de la lacune. La sonde, qui passe de la verge dans la vessie, se voit à nu dans cette même lacune; elle enfile librement la face profonde du lambeau, ce qui prouve que le canal nouveau est déjà en bon état. En couchant la verge contre le scrotum, les deux faces suppurantes se trouvent en contact parfait et l'ouverture urétral complétement obturée; c'est à cette réunion que vise le chirurgien; il espère faire coller la verge contre la portion correspondante du scrotum et obtenir la guérison complète, soit à l'aide de la seule coaptation et du travail anastomatique des bourgeons des deux surfaces, soit par le secours d'une seconde opération. Dans l'un comme dans l'autre cas, la verge se trouvera adhérer par presque toute sa face inférieure à la face antérieure du scrotum. L'avenir nous apprendra jusqu'à quel point ces espérances sont fondées.

— L'idée de mettre la peau du scrotum en contribution pour boucher les fistules péniennes n'est pas tout à fait neuve, mais les tentatives de ce genre avaient généralement échoué. M. Jobert avait été heureux cependant dans le cas que nous avons relaté, pages 67 et 108, et l'on comprend qu'il ait persisté dans la même méthode puisque dans le même cas une première tentative autoplastique dans laquelle le lambeau avait été emprunté à l'aine avait échoué. Le scrotum, en effet, se prête parfaitement à ces sortes d'emprunts, et l'on peut, sans inconvénient, répéter les tentatives de ce côté lorsque les premières opérations ont manqué. Dans le cas en question, l'étendue du désordre était très vaste; on l'aurait jugé incurable; le résultat obtenu jusqu'à présent est réellement satisfaisant, puisque ce qui reste à combler n'offre qu'une étendue limitée et dans des conditions bien moins défavorable qu'auparavant. La partie réellement neuve et digne d'attention dans cette opération c'est le principe de faire coller le pénis contre le scrotum. Nous reviendrons sur ce fait.

Hôtel-Dieu. (M. Denonvilliers.)

Amputations de la jambe. *Deux cas remarquables.* — Un jeune homme âgé de seize ans s'est jeté d'un cinquième étage dans le but de se suicider dans un moment de désespoir amoureux. Il s'est fracassé terriblement la jambe gauche et fracturé simplement le corps de la cuisse, du même côté. Transporté à l'Hôtel-Dieu, on lui a amputé la jambe, près du genou, et appliqué un appareil pour la fracture de la cuisse. Cet appareil a été posé avant l'ablation de la jambe, les attelles ont été bien serrées pour soutenir les fragments et prévenir leur ébranlement pendant les manœuvres de l'amputation. La plaie n'a point été réunie par première intention. Un autre individu a été reçu presque en même

temps pour un accident analogue ; il était tombé d'une grande hauteur et s'était fracturé le pied dans plusieurs endroits ; le second os cunéiforme était sorti au dehors à travers une large plaie, plusieurs métatarsiens étaient brisés, un épanchement abondant de sang couvrait les environs de ces lésions, s'étendant jusqu'aux malléoles. M. Denonvilliers a pratiqué l'amputation de la jambe au-dessus des malléoles. La plaie n'a pas été réunie par première intention. Aujourd'hui, troisième jour de l'opération, ces deux malades vont bien, leur plaie est grisâtre par effet d'une couche de lymphe plastique qui s'est sécrétée à sa surface et qui y adhère fortement ; les chairs musculaires sont gonflées et également couvertes de lymphe plastique. Ce pansement par seconde intention est fait tout simplement à l'aide d'une bande en doloire sur le membre, laquelle rapproche les chairs au point seulement de donner à la plaie une forme ronde, et une largeur de neuf à dix centim de diamètre ; un linge troué et cératé la couvre, puis de la charpie brute, etc. M. Denonvilliers pense que ce mode de pansement donne en général de meilleurs résultats dans les hôpitaux de Paris, que la réunion par première intention ; il n'approuve cette dernière méthode que dans la pratique en ville où les malades se trouvent dans de meilleures conditions, et dans les climats chauds.

— La première de ces observations intéresse particulièrement à cause de la coexistence de la fracture de la cuisse avec le fracas de la jambe qui a nécessité l'amputation. La nature a là un double travail réparateur à exécuter, la cicatrisation d'une plaie suppurante et la réunion d'une fracture d'un os volumineux sur un même membre. Les suites nous apprendront jusqu'à quel point la force organique aura rempli ces conditions réparatrices. Le second fait ramène naturellement la réflexion sur l'amputation de l'avant-pied qu'on aurait pu au prime-aspect juger possible d'après les détails précédents. L'état cependant d'infiltration sanguine des parties molles était tel que cette opération ne paraissait pas praticable dans des conditions bien nettes ; aussi, dans le doute d'un épanchement sanguin dans l'articulation tibio-tarsienne, doute qui s'est parfaitement vérifié ensuite, M. Denonvilliers lui a préféré l'amputation de la jambe au-dessus des malléoles. Ce chirurgien pense au reste qu'à conditions égales l'amputation sus-malléolaire est moins grave que l'amputation à la Chopart. Cette question est des plus sérieuses et ne saurait être décidée sans consulter un grand nombre de faits, et bien que l'impression que nous ayons des nombreux cas de l'une et l'autre opération que nous avons observés dans les hôpitaux, soit dans le sens de M. Denonvilliers, nous devons dire que la thèse contraire est soutenue par M. Lisfranc. Dans l'état actuel de l'art on doit sans doute attacher des idées particulières à chacune des quatre amputations fondamentales qui s'échelonnent sur l'avant-pied et sur la partie inférieure de la jambe, savoir l'amputation de M. Lisfranc, celle de Chopart, celle de l'articulation tibio-tarsienne et celle au-dessus des malléoles ; mais des considérations de plusieurs ordres se rattachent à ces modes opératoires au point de vue de la gravité et de la bonté des résultats ; nous ne devons pas nous arrêter davantage pour le moment sur cette question de haute chirurgie.

Hôpital de la Charité (M. VELPEAU).

Amputation partielle et latérale du pied. — Une jeune personne, âgée de 13 à 14 ans, constitution lymphatique, stature plutôt élancée, formes fines et régulières, intelligence développée, santé générale assez bonne, portait au premier métatarsien du pied droit un gonflement chronique avec des ouvertures fistuleuses vers la face dorsale. Le stylet accusait une lésion organique dans le corps du premier métatarsien et peut-être aussi dans le second ; cette lésion ayant paru de nature à ne pouvoir être guérie par élimination spontanée, on a dû songer à une opération. Deux partis se présentaient : la résection isolée des métatarsiens, avec conservation des orteils, ou bien l'enlèvement de toutes ces parties à la fois. M. Velpeau s'est décidé pour ce dernier parti, l'articulation phalango-tarsienne du premier orteil lui ayant paru impliquée dans le désordre. Il l'a opérée le 7 septembre de la manière suivante. Il a circonscrit le mal, c'est-à-dire les deux premiers orteils et les deux métatarsiens correspondants dans trois incisions, formant trois lambeaux, dont deux latéraux et un mitoyen ; voici comment : première incision, sur le bord plantaire interne, s'étendant depuis le niveau de la seconde rangée du métatarse jusqu'à la base du gros orteil ; deuxième incision, entre le second et le troisième orteils, prolongée verticalement entre les métatarsiens jusqu'au niveau du tarse, et divisant par conséquent les téguments plantaires et dorsaux à la fois, le manche du scalpel étant tenu du côté de la plante ; troisième incision, du côté dorsal, réunissant les extrémités supérieures des deux incisions précédentes, en direction courbiligne et à convexité inférieure. La convexité de cette troisième incision répondait vers le milieu des deux premiers métatarsiens. On comprend que cette troisième division avait pour but d'obtenir un lambeau dorsal assez long pour couvrir dans le pansement toute la surface des deux premiers os de la seconde rangée du tarse. Ces lignes étant tracées, l'opérateur a disséqué le lambeau dorsal jusqu'au niveau de la ligne tarso-métatarsienne, il a ensuite disséqué le lambeau interne ou du côté du premier orteil, a découvert l'articulation tarso-métatarsienne correspondante qu'il a attaquée de dedans en dehors, a séparé ainsi le premier métatarsien du tarsien correspondant, puis il est allé à la seconde articulation tarso-métatarsienne en pratiquant d'abord d'avant en arrière une incision verticale entre la tête du métatarsien et la portion externe du tarsien précédent avec laquelle elle est unie pour glisser enfin le bistouri entre le second tarsien inférieur et le métatarsien. Ce dégagement minutieux opéré (facile à comprendre avec un pied de squelette devant soi), le chirurgien a luxé en haut les deux têtes métatarsiennes, en attendant il a glissé le tranchant du bistouri sous elles, et en rasant de haut en bas la face plantaire des deux métatarsiens jusqu'au niveau de la base des deux orteils, il a formé un grand lambeau postérieur, comme on le pratique dans la désarticulation de l'humérus. Ce grand lambeau à surface saignante avait pour bord externe les chairs qui couvrent le troisième métatarsien, pour bord interne la portion épaisse des téguments plantaires ; le lambeau mitoyen ou dorsal descendait comme une sorte d'opercule pour couvrir mollement la limite supérieure et osseuse de la plaie. Les vaisseaux ayant été liés au nombre de six à huit, et la plaie abstergée convenablement, on a rapproché dans le sens vertical les deux côtés de la brèche comme une sorte de coquille, et maintenu le tout mollement à l'aide de deux longues bandelettes collantes, entourées sur tout le pied, et repassées vers les chevilles. Le moignon restant offre donc tout le pied intact en dehors,

il est pointu et à base étroite en avant, ce qui rappelle la forme des pieds des Chinois. Cette opération, exécutée avec précision, a duré nécessairement un quart d'heure environ à cause des minutieux détails de ses éléments, et elle a été par conséquent très douloureuse, comme toutes les opérations de ce genre

La pièce pathologique sciée a présenté une caverne morbide dans le canal médullaire du premier métatarsien. Cette caverne parait résulter d'altérations diverses, savoir : d'un nœud nécrosique du volume d'une noisette, isolé dans le milieu d'un tissu sarcomateux, rougeâtre et purulent. La masse sarcomateuse offre le volume d'une noix à peu près, et se termine par un simple ramollissement osseux vers les deux extrémités de l'os. M. Velpeau l'a caractérisée pour une nécrose et une carie à la fois. Bien que ces lésions fussent bornées au métatarsien, néanmoins l'appareil ligamenteux de l'articulation phalango-métatarsienne était ramolli et presque carnifié, de sorte que la conservation de l'orteil a paru impossible. Le second métatarsien semblait aussi légèrement ramolli à sa surface, et sans être positivement malade, il le serait devenu probablement plus tard. En somme, cette dissection a démontré qu'on n'avait pas à regretter d'avoir enlevé les deux orteils en même temps que les métatarsiens.

Le lendemain, 8 septembre, la malade est assez bien; pouls fréquent, peau un peu chaude, mais elle ne soufre pas et conserve toute sa gaîtée primitive. On lui a donné hier soir une potion opiacée, mais elle n'a pas dormi; l'insomnie tient ici à la réaction fébrile, et il est d'observation que l'opium échoue constamment dans ces cas, son action dynamique étant excitante. L'appareil est légèrement imbibé de sang à l'extérieur; le membre est indolore partout à la pression, excepté sur le lieu même de la plaie. La malade accuse de la soif. On lui prescrit deux pots de tisane, deux bouillons et un potage. Les suites de cette opération ont été heureuses.

— L'opération dont nous venons de rendre compte est au nombre des belles acquisitions de la chirurgie moderne. Autrefois en effet on sacrifiait la jambe pour une pareille maladie, et l'on peut dire que les ablations partielles du pied ont rendu peut-être autant de service à l'humanité que l'invention des bandages herniaires ou des lunettes. Sabatier avait déjà décrit le mode opératoire ci-dessus, mais il préférait, comme l'a conseillé Béclard ensuite, de scier plutôt que de désarticuler les métatarsiens. Le cas de la Charité cependant prouve que cette opération peut s'exécuter avec tout autant de précision que l'amputation à la Chopart. A un certain point de vue cependant, l'opération en question constitue une amputation latérale ou antéro-postérieure du pied, ce qui la différencie notablement de toutes les amputations transversales du même membre, car le pied conserve toute sa longueur dans sa moitié externe. Nous devons, du reste, rapprocher de l'observation de M. Velpeau un cas de M. Blandin que nous avons rapporté, il y a quelques mois, d'ablation du premier métatarsien avec conservation du gros orteil chez un enfant; et d'un autre de M. Gerdy qui, après une longue attente, a fini par guérir sans opération. L'impression que nous a laissée ce dernier cas, nous fait un devoir de dire que l'on ne doit pas se hâter d'opérer chez les enfants les maladies des petits os, car souvent la nature se suffit à elle-même. Dans les cas de ce genre la maladie paraît consister d'abord en une myélite suppurante de l'os, il en résulte des ramollissements, des végétations, des caries et des nécroses; le mal finit par se borner, surtout si l'on traite convenablement la constitution, mais souvent aussi il marche et s'étend fâcheusement; tel était sans doute le cas de la Charité. Il resterait en attendant à savoir si dans le cas de M. Velpeau la seule ablation du premier métatarsien n'aurait pas suffi pour procurer la guérison, malgré que les ligaments de l'articulation phalango-métatarsienne fussent déjà ramollis et que le second métatarsien semblât lui-même menacé d'érosion. On comprend que dans l'état actuel des connaissances il serait impossible de repondre péremptoirement à cette question; l'expérience de M. Velpeau semble même prouver que la conservation des orteils était impossible; là doit par conséquent s'arrêter notre examen.

Faits divers. 1°. *Hypertrophie du clitoris.* — Une jeune femme opérée dernièrement par Velpeau, d'une hypertrophie énorme du clitoris, et dont nous avons donné les détails dans le dernier n°. est morte de consomption syphilitique. L'autopsie n'a rien dévoilé de particulier. Il est à regretter qu'on ait omis d'examiner l'intérieur des grosses artères.

2°. *Verre introduit dans le rectum.*— Une petite erreur s'est glissée dans les détails de l'observation que nous avons donnée sur cet accident, nous devons la rectifier. Ce n'est pas M. Velpeau qui a appliqué le forceps et cassé le verre pour l'extraire; cette pratique avait déjà été suivie par une autre personne lorsque M. Velpeau est arrivé auprès du du malade. Les détails du fait restent donc tels que nous les avons donnés, seulement le rôle des opérateurs se trouve légèrement changé, ce qui importe peu.

3°. *Pâte arsénicale.* En parlant dans le dernier n°. de deux malades atteints de cancer et opérés à la Charité, à l'aide de la pâte arsénicale, nous avons parlé d'expériences cliniques de M. Monod; c'était de M. Manec que nous voulions dire.

PROPOSITIONS CLINIQUES.

— *Fractures.* D'après les faits recueillis par M. Velpeau les fractures de la jambe qui guérissent sans entraîner de claudication ne supposent pas nécessairement une réunion sans quelque raccourcissement, car si on mesure exactement le membre sur d'anciens fracturés qui marchent sans boiter, on trouve souvent un à deux centimètres de différence avec l'autre. Cela veut dire en d'autres termes qu'un raccourcissement d'un à deux centimètres n'entraîne pas de claudicaution, et qu'un appareil qui vise forcément à l'égalité absolue ne guérit pas mieux en définitive qu'un autre moins torturant et qui laisse très peu de différence dans la longueur. — D'après le même chirurgien, le principe enseigné par quelques praticiens, d'attendre quelques jours pour mettre un membre fracturé en appareil afin que la réaction soit appaisée, est mauvais. Le plus tôt vaut mieux pour la pose de l'appareil. Celui-ci bride les fragments et les chaires, prévient les ébranlements et la douleur, les congestions et la phlogose, modère en un mot la réaction.

— *Tumeurs au sein.* D'après M. Lisfranc, quand une tumeur cancériforme du sein offre quelques alternatives dans le volume sous l'influence d'un traitement quelconque, il ne faut pas se hâter de l'opérer. Une jeune femme robuste qui se trouvait dans ce cas et qui était dernièrement à la Pitié voulait absolument qu'on lui coupât le sein; la tumeur avait toutes les apparences d'un squirrhe et datait de plus de huit mois; pas de ganglions dans l'aisselle. On a attendu deux ou trois mois; le centre s'est ramolli et percé et a donné issue à un peu de sérosité purulente; le fond est resté dur comme un squirrhe, puis il a fini par se résoudre peu à peu sous l'influence des cataplasmes, et la femme s'est trouvée parfaitement guérie; nous l'avons suivie avec intérêt. Il s'agissait évidemment, d'après M. Lisfranc, d'une phlogose chronique avec quelques tubercules qui se sont abcédés à la surface. Le diagnostic *a-priori* était impossible d'après l'état actuel des connaissances.

— *Amputations de la jambe.* D'après M. Jobert, l'amputation prémalléoaire de la jambe donne souvent un mauvais moignon, par la faute du procédé opératoire qu'on a suivi. Le procédé qui lui a donné les meilleurs résultats consiste à faire deux lambeaux fort inégaux, un postérieur très long, l'autre antérieur très court. Dans le pansement le lambeau postérieur vient couvrir largement et mollement toute la plaie pour aller à la rencontre de l'antérieur, avec lequel il peut être cousu. Quatre amputés qui se trouvent en ce moment à St.-Louis justifient cette induction. Le moignon déjà guéri, offre une surface arrondie, charnue, épaisse, matelassée; sa cicatrice est à plusieurs centimètres au-dessus de la surface de sustentation. On comprend que taillé aux dépens des tissus postérieurs le grand lambeau peut être très charnu en comprenant le tendon d'Achille.

— *Noli me tangere.* D'après M. Gerdy on a tort de pratiquer l'autoplastie dans certaines affections cancéreuses de la face dont l'ablation ne peut être suivie d'un rapprochement des parties molles. L'autoplastie dans ces cas lui paraît dangereuse ou inutile. Il préfère au besoin enlever le mal et abandonner la difformité à la nature, sauf à la couvrir plus tard d'un obturateur. Une femme qu'il a opérée dernièrement de la sorte d'un *noli me tangere* à l'aile droite du nez, s'étendant jusqu'à l'angle arbitraire, se trouve encore à l hôpital; sa plaie est assez belle, mais elle s'est couverte de lymphe plastique et ne semble pas marcher vite vers la cicatrisation; néanmoins, M. Chassaignac a adopté la même pratique dans certains cas, ce qui donne déjà matière à réflexion.

— *Contusions à la poitrine.* D'après M. Chassaignac les contusions à la poitrine entraînent plus souvent que les chirurgiens ne le croient une pneumonie partielle, sourde, qui est la cause de la dyspnée douloureuse que ces malades accusent. C'est une raison pour ne pas épargner les saignées et les ventouses scarifiées.

— *Maladies de l'articulation coxo-fémorale.* D'après le même chirurgien, pour bien examiner l'état de cette articulation, en cas de lésion traumatique surtout, le meilleur procédé est celui-ci. Le malade étant couché sur le dos, pliez la jambe à angle droit sur la cuisse, et la cuisse dans une direction plus ou moins oblique sur le plan de l'articulation de la hanche; saisissez-la avec la main droite près des malléoles, et avec la main gauche appliquée en calotte sur le genou; ensuite, imprimez de légers mouvements soit latéraux, soit rotatoires et vous verrez la tête fémorale et le grand trochanter proéminer considérablement sous la peau, et vous permettre de les examiner à loisir soit par le toucher soit par la vue pendant les divers mouvements. Le membre saisi de la sorte offre à la main une grande puissance, car il représente un véritable levier pareil à un gouvernail, tellement que si l'on n'agissait pas avec précaution on pourrait luxer probablement la cuisse.

— *Hernies étranglées.* D'après M. Robert il est bien rare qu'une hernie entéro-épiploïque étranglée qu'on opère se termine fâcheusement. On dirait que l'épiploon qui couvre l'intestin en avant, le garantit d'un trop grand étranglement et prévient ainsi les réactions phlogistiques, formidables qui envahissent si souvent le péritoine et les viscères quand la hernie est simplement entérique. Cette observation, au reste, sans être tout à fait neuve souffre quelques exceptions.

BULLETIN OPHTHALMOLOGIQUE
DES HOPITAUX.

Amaurose. *Cautérisation périphérique de la cornée* (M. Lisfranc). Un homme âgé de quarante ans passés, robuste, plethorique, était affecté depuis plus d'une année, d'amaurose des deux côtés. Ses pupilles étaient extrêmement dilatées, et presque complétement immobiles; surface oculaire parfaitement normale; pas la moindre injection à l'extérieur; fond de l'œil très noir; l'œil gauche paraît plus affecté que le droit; mais les globes sont très pleins et rénitents au toucher. La vision est presque entièrement éteinte. La santé générale est parfaite. M. Lisfranc l'a traité pendant trois mois à l'aide de la cautérisation au synciput avec la pommade ammoniacale, mais sans un avantage bien prononcé. Il s'est enfin décidé à pratiquer aujourd'hui, 18 septembre, la cautérisation périphérique de la cornée à l'aide d'un crayon de pierre infernale. Deux aides ont écarté les paupières de l'œil gauche, le malade étant couché, le chirurgien a parcouru deux fois rapidement la périphérie de la cornée avec la pierre, puis versé un courant d'eau fraîche sur l'œil avec une compresse. Aussitôt la cornée s'est couverte d'un petit ruban périphérique opaque, formé par l'escarrhe, et à l'instant même la pupille s'est rétrécie, à peu près jusqu'au point de l'état normal, comme un rideau qui eût été fermé par un cordon et avec la rapidité de l'éclair, et elle est restée ainsi contractée. Le malade ne s'est pas plaint de l'action du caustique. Reste à savoir l'influence réelle que cette pratique pourra avoir sur l'état de la rétine. M. Lisfranc qui a suivi plus d'une fois cette méthode a déclaré avoir quelquefois rencontré une réaction phlogistique tellement violente que l'œil a fini par tomber en fonte purulente. Aussi n'a-t-il voulu cautériser qu'un seul côté. L'avenir nous apprendra les suites de cette opération si vantée à Montpellier.

— Dans l'état actuel des connaissances sur la pathologie et la thérapeutique de l'amaurose, la méthode que ce fait vient de rappeler ne saurait être appliquée qu'à quelques cas exceptionels. Que la cautérisation resserre la pupille, c'est un fait constant que nous avions obtenu déjà nous même dans des cas de mydriase simple; mais que peut-il ce résultat sur la rétine amaurotique? Il peut si peu, que souvent, comme on sait, l'amaurose existe avec coarctation de la pupille, par effet de la maladie elle-même, et la cécité n'en persiste pas moins. La contraction de l'iris qui succède à la cautérisation est selon nous un phénomène de congestion instantanée. Nous regardons tout-à-fait comme erronée la doctrine qui rattache le fait à un mouvement sympathique ou à une action muscu-

laire. Il n'y a pas de tissu musculaire dans l'intérieur de l'œil, et il ne pouvait y en avoir. Le tissu irien est essentiellement vasculo-érectile, et il suffit, à ce qu'il paraît, d'agir sur les vaisseaux péricornéaux qui se rendent à la périphérie de l'iris pour mettre, en quelque sorte, son parenchyme en érection; ce stimulus-là paraît plus actif que la lumière pour produire l'effet en question en cas d'amaurose. Il est clair pour nous que lorsque le mal est de nature hypersthénique, la réaction qui succède à la cautérisation ne peut que nuire plus ou moins à la congestion de la rétine ou de la choroïde qui cause la cécité, et cet effet nuisible serait plus prononcé encore si le sel argentique dont l'action dynamique est hyposthénisante n'était en partie absorbé et ne contrebalançât l'effet congestif de l'action cautérisante ou mécanico chimique. Ce moyen, néanmoins, pourrait être utile dans l'amaurose saturnine comme dans toutes les autres cécités véritablement asthéniques, et dans la mydriase essentielle.

Granulations palpébrales. *Bons effets du borax* (M. Chassaignac). — Un homme âgé d'une quarantaine d'années, d'une bonne constitution est entré à l'hôpital de la Charité pour être traité d'une kératite ulcérative unilatérale (côté droit). Tout le disque cornéal était brouillé, et la moitié supérieure de ce disque était ulcérée (ulcère diphthérique). Les bords palpébraux cependant indiquaient au simple regard que la conjonctive palpébrale n'était pas saine; la paupière supérieure était plus longue, plus épaisse et plus large que l'autre, circonstance qui ramenait l'attention vers la couche muqueuse de cette partie. M. Chassaignac, en effet, a renversé la paupière supérieure à l'aide d'un stylet boutonné couché en travers vers le milieu de la peau de cette paupière, et saisissant le bord libre avec deux doigts il en a opéré aisément le renversement. Toute la face muqueuse de cette paupière était couverte de petites granulations miliaires; leur nombre était peut-être de plus de 60. La paupière inférieure en contenait également, mais beaucoup moins. Il y avait un peu de photophobie. Nul doute dès-lors que la kératite ulcérative ne fût produite et entretenue par les granulations de la paupière supérieure. Le commémoratif de la maladie ne faisait pas connaître la préexistance d'une ophthalmie purulente, mais on pouvait admettre une blepharite chronique dont les granulations avaient été sans doute la conséquence, ainsi que la kératite. La circonstance de l'ulcération rendait déjà le fait remarquable, en ce sens que les granulations ne produisent ordinairement que le pannus. M. Chassaignac a renversé tous les trois jours les deux paupières et touché légèrement les granulations avec un crayon de borax (sous-borate de soude). Le premier effet de ces attouchements a été de faire disparaître dans l'espace de cinq à six jours la kératite ulcérative et de redonner à la cornée sa transparence; les granulations ont commencé à décroître et la paupière supérieure à perdre sa flaccidité morbide. Vers la seconde semaine le malade était en bonne voie de guérison. Le borax est appliqué absolument comme le nitrate d'argent, seulement comme il est moins soluble, il faut le laisser en contact un instant avec la muqueuse; il ne se fait pas un escarrhe à la surface, mais le malade y accuse un sentiment de cuisson qui dure très peu au reste. M. Chassaignac a déjà employé assez souvent ce médicament dans diverses affections phlogistiques des paupières et de la cornée, avec de bons résultats.

— Depuis longtemps déjà Saunders avait parfaitement signalé sur les militaires de la campagne d'Égypte les granulations cachées sous la paupière supérieure et les effets de leur frottement sur la cornée. Middlemore avait consacré un chapitre spécial à cet important sujet et nous avions nous même suivi ces exemples; à tel point que lorsqu'une kératite avec pannus se présente nous en avons fait un précepte de rigueur de renverser la paupière supérieure pour y chercher les granulations. Il est néanmoins des oculistes à Paris qui se donnent pour auteurs de ces remarques, sans doute par inadvertance. Jusqu'ici cependant nous ne sachons pas que personne ait signalé l'ulcération cornéale comme un résultat de la même cause mécanique. Nous disons *mécanique;* cependant l'effet est bien dynamique puisque le pannus et l'ulcération supposent un travail phlogistique. Pour ce qui est enfin du traitement, on peut reconnaître dans le borax une efficacité réelle, et l'ajouter aux autres moyens dont l'art disposait déjà avec avantage contre ces affections; mais en définitive il ne vaut pas mieux que le nitrate d'argent. Il est à remarquer que le sel boracique n'opère que par son action dynamique, puisqu'il ne produit pas d'escarrhe, à moins de l'appliquer peut-être très fortement.

Les granulations palpébrales se rencontrent assez souvent dans les hôpitaux comme dans la pratique civile de Paris; mais, il faut en convenir, elles sont beaucoup moins graves et moins difficiles à guérir que celles des militaires belges. Il est des oculistes qui croient voir des granulations partout et ils trouvent moyen de retenir leurs malades longtemps entre leurs mains en leur touchant de temps en temps la conjonctive avec le sulfate de cuivre. Un de ces sujets, qui est venu nous consulter dernièrement, était en traitement depuis cinq mois auprès d'un grand faiseur d'affaires d'yeux, et d'après le commémoratif comme d'après l'état présent, il n'avait rien autre de granuleux que son or. Chaque cautérisation produisait une phlogose, un traitement réel était alors nécessaire. L'oculiste dont il s'agit admet probablement des granulations virtuelles ou invisibles et que lui seul connaît.

Amputation de l'oeil. *Suppuration prolongée* (M. Lisfranc). — Une femme avait subi l'amputation de l'émisphère antérieure de l'œil par suite d'un staphylome de la cornée. Six semaines se sont écoulées depuis l'opération, l'œil ou plutôt son moignon s'est affaissé, s'est converti à l'ordinaire en un bouton mobile dans l'orbite, cependant la suppuration ne tarit point, et malgré les cautérisations répétées sur toutes les parties et les collyres divers, la sécrétion purulente retient encore la malade à l'hôpital. M. Lisfranc qui a souvent observé ce prolongement indéfini du travail suppurant des tissus intra-orbitaires, nous demandait dernièrement à quoi cela pouvait tenir. L'examen de l'œil opéré ne fait découvrir autre chose qu'un moignon assez gros, mobile, couvert de bourgeons charnus, aplatis; les paupières sont parfaitement libres. Il est probable que la suppuration émane en partie de l'intérieur de la coque sclérotidienne et que les bourgeons qu'on voit à la surface de la plaie oculaire ne sont que l'indice de trajet fistuleux qui mène dans la sclérotique. C'est là une simple hypothèse, mais le fait de la longueur excessive de la suppuration ne

reste pas moins comme un sujet digne d'attention. Peut-être cela tient-il au vide lui-même qui en est résulté à la partie antérieure de l'orbite ou entre le moignon et les paupières; ce vide devra s'affaisser petit à petit jusqu'à ce que les bourgeons orbitaires s'anastomosent avec ceux des paupières et de l'œil; c'est alors, et alors seulement que la cicatrice sera peut-être complète. Les mêmes phénomènes s'observent aussi après l'extirpation totale de l'œil.

ECTROPION. *Autoplastie inutile. Seconde opération d'après la méthode d'Adams* (M. Velpeau). — Un homme jeune, robuste, portait un ectropion organique à une paupière inférieure, très prononcé. Le bord tarsien renversé formait un grand arc inférieurement, il était comme toujours manifestement allongé. La muqueuse était un peu épaissie, la peau en partie détruite par une cicatrice. M. Velpeau a cru devoir l'opérer par autoplastie; il a donc disséqué la paupière, l'a relevée, a taillé un lambeau presque carré à la tempe et en l'allongeant il l'a appliqué sur la plaie sans torsion du pédicule. La lacune remplie ainsi, il a fixé le tout avec des points de suture et comprimé légèrement les parties dans leur position respective. Les choses se sont bien passées au point de vue de l'opération, le lambeau s'est greffé et a continué à végéter parfaitement dans sa nouvelle place, la plaie s'est cicatrisé et la paupière est restée remontée, mais au point de vue thérapeutique il n'en a pas été de même. Le bord tarsien qui ainsi que nous l'avons dit était allongé, courbé en croissant, lorsqu'il a été remonté s'est trouvé naturellement trop large, pour s'appliquer exactement contre œil; il s'est par conséquent renversé de nouveau et l'ectropion s'est reproduit. Cependant la peau de la paupière était flasque et libre et le bord tarsien se laissait pincer aisément avec les doigts et raccourcir. Dès lors il a fallu songer à une seconde opération; c'est ce que M. Velpeau vient de faire, un mois environ après la première. Il a pratiqué cette fois la méthode d'Adams; c'est-à-dire il a retréci le bord tarsien et la paupière elle-même en emportant un lambeau triangulaire vers son milieu à l'aide de deux incisions obliques qui partant du bord libre se sont réunies vers la base de la paupière. Les deux côtés du triangle ont été réunies et il est probable que les choses iront mieux cette fois. Nous y reviendrons au besoin.

—On ne tient peut-être pas suffisamment compte dans les cas d'ectropion qui se présentent à l'examen des opérateurs, de la circonstance que nous venons de signaler dans ce fait, savoir du degré d'allongement du bord tarsien. Il est évident qu'il ne suffit pas pour la guérison que la paupière soit remontée par un procédé quelconque, il faut aussi qu'elle puisse se soutenir, et le bord tarsien rester appliqué contre l'hémisphère sclérotidien. Or, fort souvent cette condition essentielle n'est remplie qu'autant qu'on raccourcisse le bord en question à l'aide de la méthode d'Adams; c'est ce qu'on vient de voir dans le cas qui précède. Il ne s'en suit pas cependant que la première opération était inutile, par la raison que tant que le tissu inodulaire, fixe, de la paupière n'est pas remplacé par un tissu mobile, on ne peut espérer grand'chose de bien. L'autoplastie n'est donc parfois qu'une opération préparatoire et c'est à une autre opération qu'on doit demander l'achèvement de l'entreprise. Les chirurgiens des hôpitaux semblent s'éloigner aujourd'hui ou oublier en quelque sorte tous les services que la méthode d'Adams a rendus et peut rendre encore à la pratique, pour s'en tenir à d'autres procédés. On ne vise de nos jours à opérer l'ectropion que par la méthode de glissement dont nous avons plusieurs fois parlé, c'est-à-dire par deux incisions qui partant des deux angles de l'œil, viennent obliquement se réunir vers le milieu de la base de la paupière, et circonscrire ainsi toute la paupière malade dans un triangle renversé dont la base est formée par le bord tarsien; puis on dissèque ce triangle de bas en haut, on fait remonter la paupière et on réunit par une suture les deux côtés de la plaie restante. Ce mode opératoire est sans doute excellent en cas de cicatrice épaisse, surtout à la paupière supérieure, mais si on ne remédie pas en même temps à l'excurvation du tarse, le mal récidive. C'est ce que nous avons vu dernièrement dans un cas opéré de la sorte par M. Blandin et que nous avions donné comme guéri; il y a récidive aujourd'hui. Il est vrai que ce cas était très défavorable. Nous sommes loin de blâmer la méthode dont il s'agit puisque nous l'avons donnée nous-même comme une des meilleures dans l'état actuel de l'art; mais la conclusion que nous voulions tirer de ces observations, c'est qu'on a tort de renoncer à la méthode d'Adams qui convient, dans la généralité des cas, soit seule, soit combinée avec d'autres procédés. On peut reprocher à la méthode d'Adams de ne pas donner toujours une réunion parfaite vers le point libre du tarse coupé; mais la force ascentionnelle de la paupière est tellement grande, d'après ce que nous avons observé, que ce défaut disparaît spontanément à la longue.

HYPOPION AVEC KÉRATOMALACIE (M. Chassaignac). — Un homme âgé d'une cinquantaine d'années, robuste, est entré à la Charité pour être traité d'une affection grave de l'œil. Il y avait photophobie intense, douleurs périorbitaires, cephalalgie. L'examen a fait reconnaître une ophthalmite générale, avec prééminence de la phlogose vers le diaphragme irien. La moitié inférieure de la chambre antérieure était remplie de lymphe purulente épaisse. La cornée bombait vers ce point, elle était évidemment ramollie et ulcérée superficiellement. Le pouls était fébrile et les souffrances atroces, avec élancements pulsatiles comme dans le panaris. Des sangsues répétées, des frictions de pommade mercurielle belladonisée, et le calomel intérieurement jusqu'à la salivation n'ont pu empêcher l'œil de se crever. La rupture de la cornée n'a eu lieu qu'à la partie inférieure, mais la matière de l'hypopion ne se vide pas, à cause sans doute de la petitesse de la perforation. L'humeur aqueuse s'échappe; mais de temps en temps l'ouverture se bouche et le patient souffre alors horriblement par la distension sans doute des tissus, jusqu'au moment où par les efforts naturels et les contractions auxquelles le malade s'abandonne, on voit jaillir au loin quelques gouttes d'humeur aqueuse, transparente; alors le malade est soulagé jusqu'à ce que les choses recommencent de la même manière. Il est clair que dans ces cas la méthode de Wardrop, c'est-à-dire l'incision de la cornée, est d'un secours véritable. Nous en avons fait un précepte de rigueur pour tous les cas de kératomalacie avec menace de rupture. L'incision de la cornée n'ajoute rien à la gravité du mal, et prévient la rupture qui se fait ordinairement vers le milieu du disque cornéal, et opère d'ailleurs une détente salutaire. Les ruptures répétées chez le malade ci-dessus sont une preuve de l'exactitude de

cette doctrine. Ces remarques n'infirment pas le précepte de Scarpa qui ne voulait pas qu'on ouvrît la cornée dans l'hypopion; ce précepte général est d'une grande valeur, et l'on ne saurait raisonnablement s'en écarter, mais notre observation porte sur les cas d'un autre genre, ainsi qu'on vient de le voir.

Caustique ophthalmique nouveau. — M. Chassaignac a eu l'idée de faire mêler des sels métalliques divers avec des proportions variables de poudre de gomme, et d'en faire une masse avec quelques gouttes d'eau. Cette pâte est roulée et coupée en forme de crayons. Ces crayons se dessèchent et s'indurent; on les fixe à un porte-crayon ordinaire et l'on s'en sert comme la pierre infernale contre certaines affections chroniques de la conjonctive et de la cornée. On a ainsi un composé jouissant d'une action caustique moindre que le sel pur, et dont on peut graduer la force à volonté. On peut aussi, si l'on veut, ne lui laisser que la seule action dynamique en l'incorporant dans beaucoup de gomme. Nous avons vu les crayons de sulfate de zinc préparés de la sorte à parties égales avec de la gomme; ils sont grisâtres comme de la mie de pain indurée; appliqués sur une conjonctive granuleuse, ils y laissent une très faible traînée par la dissolution du mélange sur la muqueuse. Il est à craindre que le mélange avec la gomme ne décompose le sel métallique; mais cette décomposition a presque toujours lieu sur l'œil lui-même par l'action des larmes et de la chassie, lorsqu'on l'emploie pur; de sorte qu'on peut considérer les mélanges en question comme une chose utile dans beaucoup de cas.

Syphilis oculaire. *Cas grave.* (Chassaignac.) — Un jeune homme d'une trentaine d'années avait eu, il y a deux mois et demi, des chancres à la verge qui existent encore. Ces chancres suppurent abondamment; ils n'avaient pas subi de traitement spécial. Au bout de deux mois de leur existence, des pustules syphilitiques se sont montrées sur les bras; ces pustules se sont couvertes de croûtes, puis quelques-unes se sont élargies et ont pris la forme de véritables chancres de largeur variable, depuis une lentille jusqu'à une pièce de deux francs. En même temps l'œil droit s'est affecté dans sa totalité d'une manière toute particulière; la coque sclérotidienne s'est gonflée, l'œil a paru hypertrophié et dur, l'iris s'est enflammé, mais sans cette déformation spéciale de la pupille que lui avaient assignée certains oculistes *spécifigraphes*. La conjonctive globulaire s'est injectée et boursouflée sous forme de chemosis séro-veineux, de couleur plombée, ce qui donne à l'organe une physionomie anomale. On voit de suite à cet examen qu'il s'agit d'une affection différente des phlogoses franches ordinaires. Il y avait photophobie d'abord, avec douleurs périorbitaires. Trois semaines après l'entrée du malade à l'hôpital, cet état a singulièrement changé. L'œil a cessé d'être photophobique, sa coque s'affaisse de jour en jour, et le globe s'enfonce dans l'orbite. Au toucher il est mou comme un pruneau cuit, indolore; la vision est éteinte; tout annonce, en un mot, une désorganisation profonde, un travail atrophique dans la chambre vitrée. Le chémosis séro-veineux, de couleur plombée, persiste; la cornée est encore un peu diaphane, l'iris est de couleur terne. L'organe est perdu sous le rapport fonctionnel, et il va l'être aussi très-probablement sous celui de sa forme. Quelques oculistes appelleraient cela de la choroïdite ou du glaucome, ce qui est parfaitement indifférent, hors le nom passablement insignifiant, sinon ridicule. M. Chassaignac a prescrit pour le traitement interne les pilules de Sédillot; localement les antiphlogistiques communs et les mercuriaux; malheureusement il n'est pas toujours au pouvoir de l'art d'arrêter certains désordres, et nos médications n'agissent que très lentement.

— Il y a dans cette observation quelques points que nous n'avons pu éclaircir. Le malade a déclaré que c'était pour la première fois qu'il contractait la vérole. Les chancres qu'il porte à la verge sont primitifs, puisqu'ils n'ont jamais guéri; il reste cependant à savoir s'ils n'auraient pas subi la transformation que M. Ricord appelle *in situ*; c'est-à-dire, devenus secondaires sur le lieu primitif sans se cicatriser d'abord, ainsi que cela arrive le plus souvent. Cette question ne pouvait être vidée que par l'inoculation. Si les chancres avaient subi la transformation, leur inoculation n'aurait rien produit, la maladie cessant d'être inoculable, comme on sait, à une certaine époque de son existence, soit qu'elle marche vers la cicatrisation, soit vers l'infection générale. Quoi qu'il en soit, toujours est-il que les pustules aux bras se sont déclarées à une époque inusitée, c'est-à-dire très près de l'inoculation primitive et avant que celle-là ait guéri. Comme les croûtes syphilitiques n'existent qu'aux bras seulement, et que les ganglions cervicaux ne se sont pas developpés, on pourrait se demander si les chancres des bras ne seraient pas plutôt l'effet d'une inoculation du pus de la verge que d'une véritable syphilis constitutionelle. C'est encore là une question importante que l'inoculation seule aurait pu éclaircir. Cependant l'état de l'œil paraît bien se rattacher à une infection générale. Il existe, sans aucun doute une infection syphilitique de l'œil, analogue à celle de même espèce au testicule, à la langue, au clitoris, au sein, etc.; mais l'ophthalmo-syphilis de ce malade ne ressemble en rien à ce que les oculistes ont écrit sur la matière.

Collyres argentiques. — Les collyres de nitrate d'argent dont on use si largement aujourd'hui ont l'inconvénient de teindre à la longue la conjonctive oculaire et de lui donner une couleur olive foncé désagréable. Ce phénomène n'a lieu à la vérité que lorsqu'on a employé longtemps, soit la solution, soit la pommade, et il tient à la décomposition du sel argentique par le contact des larmes et à l'infiltration mécanique du précipité entre les mailles de la muqueuse. Cette coloration est persistante et peut être considérée comme une sorte de tatouage, véritable insinuation moléculaire fixe, analogue à celle qu'on observe aux mains des teinturiers, à la figure des charbonniers et à la surface de tout le corps chez les ouvriers qui manient certains composés métalliques. En Angleterre la chose se rencontre très fréquemment aux yeux; chez nous, nous ne l'avons pas encore vue; cela dépend sans doute de ce que de l'autre côté du détroit on fait un plus long usage de ces collyres. On a dû par conséquent s'occuper des moyens d'enlever à la conjonctive la teinte en question; on avait échoué jusqu'à présent; M. Guthrie vient cependant de résoudre le problème à ce qu'il parait; il instille sur l'œil, une fois tous les deux jours, un collyre composé de 15 à 30 centig. (3 à 6 grains) de cyanure de potassium et de 30 grammes (1 once) d'eau distillée. La conjonctive devient parfaitement blanche comme à l'état normal. L'idée de cette prescription appartient au docteur Broch. La même solution enlève aussi, dit l'auteur, les taches produites à la peau par l'iode. On pourrait en conséquence s'en servir comme lotion de propreté après l'opération de l'hydrocèle par l'injection iodée. Nous devons cependant ajouter que le cyanure de potassium qui est un sel déliquescent, difficile à conserver, est d'un prix assez élevé (*Medical Times*).

TOXICOLOGIE.

Des morsures de serpents venimeux en Amérique; *par M. le docteur Sigaud, médecin de l'empereur du Brésil* (1).

Pison a classé les morsures des serpents; il en comptait vingt espèces différentes (liv. 5, p. 273). MM. Spix et Martius ont recueilli de nombreux faits sur ces accidents. Voici un résumé de la partie qui concerne les morsures venimeuses et leur traitement. Au nord du *Araial do Rio-Verde*, on rencontre le serpent *urutù*, long de 2 pieds, de couleur obscure, à lignes foncées, ayant sur la tête une marque de crâne ou tête de mort, semblable à toutes les autres espèces connues par leur venin, tels que le *surucucù* (*bothrops surucucù*), le *jararacucù* (*bothrops Neuwiedii*), le *jararaca-mirim* (*bothrops bucurus*). La morsure de l'urutù est presque toujours mortelle. Les chirurgiens, dans l'intérieur du pays, en petit nombre, s'en remettent aux guérisseurs pour la cure des morsures; ceux-ci font un mystère de leurs recettes; aussi le peuple a-t-il entière confiance en eux, de préférence aux médecins, bien qu'ils ne guérissent pas toujours. Les symptômes de la morsure sont : douleurs violentes dans les membres, fatigue excessive, vertiges, vomissements, céphalalgie, douleurs orbitaires, cécité, chaleur brûlante dans les lombes et le dos, hémorrhagies par le nez, les oreilles et la bouche; quelquefois forte salivation, enflure de la face, insensibilité générale, faiblesse, anxiété, crainte de mort, tremblement, convulsions, mort au terme de quelques heures. Les malades succombent dans les 24 heures après la morsure du serpent à sonnettes; en moins de temps, après celle de la *jararaca-mirim;* dans les plus horribles convulsions et avec les symptômes de l'hydrophobie, dans celle du *jararaca*. Les guérisseurs, quand ils arrivent à temps, s'empressent d'abord de faire sucer la plaie; ils placent le malade dans un lieu retiré et sombre, à l'abri des courants d'air, placent des cataplasmes de plantes sur la plaie, et font boire en abondance des décoctions des mêmes végétaux. De ceux-ci, le plus usité, à cause de son efficacité, est la racine d'une rubiacée, désignée dans le pays sous le nom de *raiz preta* ou de *cobra* (*chiococco anguifuga*, Martius, déjà connue en Europe, dans la matière médicale, sous le nom de *cainca*), ayant une odeur pénétrante comme celle de la valériane. Le malade est tenu de boire de grandes portions de cette décoction; les cataplasmes faits de racines et de feuilles fraîches contuses sont souvent renouvelés; on y mélange d'autres plantes : le *loco* (*plumbago scandens*), qui rubéfie la peau, le *picao* (*bidens graveolens*), l'herbe de sainte Anne (*Kuhnia arguta*), et le *spilanthes brasiliensis*. Si la *cainca* produit de larges évacuations alvines, on peut espérer la guérison; une forte sueur est considérée comme une crise salutaire. Les mêmes remèdes sont administrés sans interruption pendant plusieurs jours, jusqu'à ce que le malade affaibli reprenne ses forces et ses traits, défigurés comme ceux d'un cadavre. Les guérisseurs n'abandonnent pas leurs malades, restant auprès d'eux plusieurs jours de suite; au moindre tremblement, *ils frictionnent le corps avec de l'alcool*, ou le soumettent à des fumigations aromatiques (1). Suivant eux, la cure ne peut être complète que soixante jours après la morsure, temps pendant lequel le malade peut être en péril de vie, succomber à une fièvre nerveuse, et durant lequel il doit s'assujettir à un régime et se priver le plus possible d'aliments, tels que la viande. (*Travels in Brazil*, t. 2, p. 130). Koster rapporte le fait d'un de ses nègres qui fut mordu par un serpent à sonnettes; il conserva toute sa vie de violentes douleurs dans les membres, lors de la pleine ou nouvelle lune; quelquefois la blessure se rouvrait et demeurait en cet état plusieurs semaines; mais s'il avait soin de ne pas l'exposer à l'air humide, elle se cicatrisait de nouveau sans qu'il appliquât aucun remède (*Voyage au Brésil*, t. 2, p. 247). Les serpents à deux têtes, le serpent de corail, le serpent froid, les deux espèces *cainana*, sont autant d'ennemis que les nègres et les Indiens redoutent et qui distillent une bave gluante et vénimeuse. M. de Saint-Hilaire rapporte (t. 2, p. 267) que quatorze nègres furent mordus par des serpents vénimeux dans la propriété de Francisco-Pinto, dans la province d'Espirito-Santo. Au moment de la morsure, on leur fit avaler une poignée de poudre à canon délayée dans du jus de citron (2); ensuite, trois fois par jour, une tasse de décoction de *milhomens* (*aristolochia grandiflora*, Gomez), et d'une tisane faite avec le *jarro* ou *jarrinha* (*aristolochia macrura*, Gomez) : ils guérirent.

D'après une opinion vulgaire dans diverses parties de l'Amérique, on croit que la morsure du serpent à sonnettes guérit la lèpre et ne tue point les malades. Plusieurs faits tendent à démontrer que des lépreux ont été impunément mordus, non seulement par la vipère coraline, par le serpent *jararacasu*, mais même par le serpent à sonnettes. Parmi ces faits, nous citerons ceux qui ont été recueillis par le docteur Jacintho Pereira Reis, et par le député Estevaò Rafael de Carvalho. Le premier est celui d'un lépreux du district do Rio-das-Velhas, province de Minas-Geraes, qui, ayant été mordu par un serpent à sonnettes, fut guéri dans l'espace de quinze jours (3). Le second est fourni

(1) Extrait de l'important ouvrage que l'auteur vient de publier sous le titre : *Du climat et des maladies du Brésil*. Paris, 1844; chez Fortin, Masson et Cie, lib.

(1) Cette pratique des frictions alcooliques n'est pas à dédaigner, car il est parfaitement prouvé aujourd'hui que l'action dynamique des venins reptiliens est hyposthénisante; mieux vaut cependant administrer par bouche les principes stimulants (rhum, canelle, vin, opium, etc.) (N. d. R.)

(2) Remède inutile ou nuisible; le nitrate de potasse et le soufre qui constituent les éléments actifs de la poudre étant de leur nature hyposthénisants comme le venin reptilien lui-même. (N. d. R.)

(3) On sait qu'en Europe aussi, on a traité l'hydrophobie rabique par la morsure de la vipère, mais sans succès. Chez les lépreux, l'absorption dermique doit être faible à cause de l'état maladif des tissus. Cela explique peut-être pourquoi la morsure du serpent à sonnettes n'est pas toujours mortelle dans ces circonstances. (N. d. R.)

par un nègre esclave de la province de Maranhao, qui guérit de la lèpre en très peu de temps après avoir été morda par un serpent à sonnettes. M. de Lima assure qu'étant un jour dans la ville de Saint-Charles, province de Carabobo, en Colombie, il observa un homme dont la face était couverte d'une seule et large cicatrice, qu'il crut d'abord provenir d'une brûlure; mais une investigation faite auprès des habitants lui apprit que c'était le résultat d'une cure radicale de la lèpre, obtenue par la morsure du serpent à sonnettes..... Déjà un autre lepreux, suivant le rapport du docteur Jacintho Rodrigues Pereira Reis, avait tenté de se faire mordre par des serpents vénimeux pour se guérir de sa degoûtante infirmité. Cet individu avait eu le courage de se faire mordre d'abord par la vipère coraline, ensuite par le serpent surnommé au Brésil *jararaca preguicosa*. Chaque fois, on l'avait laissé pour mort, et pourtant, vingt quatre heures après, il avait graduellement repris ses sens sans qu'on lui eût administré des secours; mais, au lieu d'obtenir la cure de sa lèpre, il avait eu la douleur de voir sa maladie, sans altération aucune, continuer ses effrayants progrès. Voici un fait bien autrement positif :

Mariano Jose Machado, né à Rio-Pardo, province de Rio-Grande-do-Sud, âgé de 50 ans, était depuis six ans affecté de lèpre tuberculeuse (lèpre léontine d'Alibert); il résidait à l'hospice des lépreux, à Rio-de-Janeiro, depuis environ quatre années. C'est le trois septembre qu'il en est sorti, animé d'un héroïque courage, bien résolu à tenter l'épreuve de la morsure du serpent à sonnettes, malgré les prudents et sages conseils de divers médecins qui entrevoyaient un succès plus que douteux dans l'emploi de ce périlleux moyen, et qui, d'ailleurs savaient que le malade, d'après son propre aveu, n'avait suivi que très irrégulièrement les diverses méthodes de traitement qui lui avaient été prescrits, et qu'il était loin d'avoir épuisé la liste des remèdes vantés contre la lèpre, entre autres le madar (*asclepias gigantesca*), si préconisé dans l'Inde contre l'éléphanthiasis des Grecs. Le malade dégouté de la vie, ne pouvant plus supporter les angoisses d'une horrible infirmité, s'est rendu chez M. Santos, chirurgien, rue de Vallongo, n° 61, qui possédait un serpent à sonnettes. C'est là, qu'en présence d'une assemblée nombreuse et dans laquelle se trouvait MM. les docteurs Maiò, Costa, A. F. Martins, Tavarès, Reis, etc., le malade subit l'épreuve de la morsure en présentant sa main au reptile avec le plus grand sang froid, et conservant toute sa présence d'esprit. Le patient était d'une stature ordinaire, d'une constitution athlétique. La lèpre léontine, arrivée à sa seconde période, avait rendu la surface du corps insensible au toucher; le tissu cutané, dense et rugueux, était couvert de tubercules peu élevés, sans altération, la face repoussante par la difformité des traits; les extrémités des doigts avaient déjà perdu leurs formes, l'épiderme s'en détachait aisément, les ongles étaient altérés et les doigts étaient contractés. La maladie n'avait pas pourtant anéanti la force vitale, ni épuisé entièrement l'énergie d'une constitution robuste. Il existait sous le bras quelques pustules de nature dartreuse qui établissaient une sorte de complication avec la lèpre léontine. Avant de tenter l'épreuve, le malade déclara qu'il agissait par l'impulsion de sa seule volonté; dans une déclaration signée par lui, en présence des spectateurs réunis, il assume toute responsabilité sur sa tête, et c'est après avoir signé cette déclaration formelle, que sa main droite, introduite à travers les barreaux de la cage, saisit à deux reprises le serpent. Celui-ci fuit d'abord, et ensuite lèche la main sans la mordre; mais se sentant serré avec force au milieu du corps, il mord la main du malade entre l'articulation du petit doigt et l'annuaire avec le métacarpe. La morsure a lieu à 11 heures 50 minutes du matin, le 4 septembre: le malade ne sent pas l'impression des dents, ni l'action immédiate du venin introduit dans la plaie; il reconnait seulement qu'il est mordu par l'avis que lui donnent les observateurs qui l'entourent. La main est aussitôt retirée de la cage; elle est un peu enflée, du sang découle de la plaie, il n'y a point de douleurs; le malade conserve son sang froid, la respiration et le pouls sont dans l'état normal. Cinq minutes après, il éprouve une légère sensation de froid dans la main; une faible douleur se développe à midi dans la paume de la main, elle augmente en quelques minutes; en 17 minutes, elle s'étend au poing; en 20, la main se tuméfie considérablement; en 30, le pouls devient plus fort et plus plein, même tranquillité morale. En 55 minutes, même sentiment d'enflure dans les côtés et à la partie postérieure du cou; le volume de la main augmente, extension de la douleur aux deux tiers de l'avant-bras. En 59 minutes, engourdissement de tout le corps. A 1 heure 20 minutes, tremblement par tout le corps, sensibilité au toucher. A 1 heure 36 m. trouble intellectuel, pouls plus fréquent; difficultés dans les mouvements des lèvres; tendance au sommeil, resserrement à la gorge; douleur de la main plus intense s'étendant à tout le bras; l'enflure de la main augmente. A 1 h. 45 m., douleur de la langue et du gosier, s'étendant jusqu'à l'estomac, augmentation de la douleur et de la tuméfaction de la main mordue; sensation du froid aux pieds. A 2 h. 5 m., difficulté de parler, 20 m. plus tard, difficulté d'avaler, quelque anxiété, sueur copieuse sur la poitrine. A 2 h. 50 m., abattement, prostration des bras, écoulement de sang par le nez, inquiétudes, pouls à 96, sueur générale. A 3 h. 4 m. gémissements involontaires; quelques minutes après, pouls à 100, grandes douleurs dans les bras, injection de la face, épistaxis continuel. A 3 h. 35 m. le malade avale sans difficulté de l'eau vineuse, change de chemise, une couleur rougeâtre se manifeste par tout le corps. Un suintement de sang se déclare par une des pustules placées sous le bras. La couleur devient plus foncée, surtout dans le membre piqué; atroces douleurs dans les membres supérieurs qui ne laissent aucun repos; resserrement à la gorge, respiration difficile. A 4 h. 30 m., pouls à 104, grande chaleur par tout le corps, salivation. A. 5 h. 30 m., pouls à 104, torpeur, urines abondantes, salive épaisse, de couleur foncée, prostration musculaire, gémissements, effet des grandes douleurs, respiration tranquille, pouls plein, plus grande intumescence de la main mordue. A 7 h. somnolence gémissements; le malade se réveille accusant une forte douleur à la poitrine et la gorge comme fermée, émission copieuse d'urines, déglutition plus difficile, salive abondante, continuation de l'épistaxis. On lui administre une boisson composée d'eau, de sucre et d'eau-de-vie qu'il ne peut parvenir à avaler. A 8 h. la sueur cesse, inquiétudes, émission copieuse d'urines. A 9 h. et quart, sommeil profond. A 10 h. on lui administre une infusion de guaco, à la dose de trois cuillérées avec une d'eau de sucre, que le malade refuse de boire, il prend seulement l'infusion. L'écoulement de sang par le nez cesse; pouls 108 régulier. On note que les tubercules sont réprimés sur les deux bras et à la face, manifestant un aspect érysipélateux. A 10 h. 20 m., émission d'urine claire, quantité de deux onces; soulagement, sommeil pendant quelques instants, diminution des douleurs de la poitrine mais celles ci se déplacent, envahissent les jambes et les pieds, qui s'étaient jusqu'alors conservés froids, ainsi que la

main mordue, pouls 108, régulier, soif, le malade boit assis, de l'eau avec facilité. A 11 h., il prend quatre cuillérées d'une forte infusion de guaco. Trois quart d'heure après, il urine un liquide coloré, et continue à boire de l'eau sans peine; pouls à 119, bras et main piqué très enflammés, avec douleur excessive. A minuit sommeil, excitation, nouvelle émission d'urine. Demi-heure après, réveil avec anxiété, cri douloureux; le malade demande la confession, refuse le remède; plus tard, nouvelle émission d'urine, forte chaleur dans les jambes; le malade se décide à prendre deux fois l'infusion dans l'espace de demi-heure en demi-heure, continuation des mêmes symptômes. A 2 h. il prend assis sur son lit trois cuillérées d'eau, qu'il avale avec peine, et chaque fois qu'il avale de l'eau pure, la difficulté d'avaler augmente ainsi que la douleur. A 2 h. 1/2, il prend le remède, repos, pouls 110. A 3 h. 1/2, urine, repos; dose du remède administré à 3 h. 3/4, pouls 110, mouvements involontaires dans le pouce de la main droite et la jambe gauche. A 4 h. émission d'urine, on lui administre à 4 h. 3/4, une cuillérée du remède, repos, pouls 110, deux émissions d'urine à 5 et à 6 heures; respiration libre. A 9 h. 3/4, grande prostration, mouvements convulsifs de la mâchoire et des extrémités inférieures, urines sanguinolentes. A 10 h. pouls accéléré, disparaissant à longs intervalles (1); augmentation des mouvements convulsifs; diminution de l'intumescence des extrémités et de la coloration rouge de la peau; déglutition très difficile, respiration gênée: on applique des vésicatoires aux cuisses, on donne l'infusion de guaco. A 10 h. 50 m., diminution des mouvements convulsifs, *on donne un lavement d'eau-de-vie.* A 10 h. 55 m., cessation des convulsions. A 11 h., même état; on lui donne par la bouche une once d'huile de lézard qu'il avale très difficilement. Mort à 11 h. et demi. Le cadavre devient livide et enfle considérablement en peu d'heures; il est énorme et couvert de taches violettes. L'odeur fétide qui s'en dégage le lendemain matin à 10 h. empêche de faire l'autopsie, au grand regret des hommes de l'art.

La mort survenue rapidement dans l'espace de vingt-quatre heures à dater de l'épreuve, rappelle le cas de l'anglais Dracke, mordu à Rouen par un serpent à sonnettes, et dont M. Magendie rapporte l'histoire dans son *Journal de Physiologie*, t. 7. L'absorption soudaine du venin a produit un effet rapide, parce que sans doute, quelque ramuscule veineux a été atteint par la dent du reptile. Cette circonstance porte à croire que le venin serait modifié dans la soudaineté de son action mortifère, si l'on tentait l'inoculation. Il est vrai que les expériences de MM. Breschet et Pravaz démontrent que le venin de divers serpents de l'Inde desseché depuis longtemps ou dissous dans l'alcool, transmis par inoculation à divers animaux, les tue aussi rapidement que s'ils étaient à l'état frais. En employant le même moyen curatif de ces messieurs, qui sont parvenus à neutraliser le venin dans les plaies, même à l'aide de décharges galvaniques (2), ne pourrait-on pas en modifier l'absorption, graduer ses effets, au lieu de l'annihiler entièrement du premier coup, et n'arriverait-on pas à tirer ainsi parti d'un virus pour combattre l'existence d'un autre virus? D'après Fontana (*Traité sur les Poisons*, t. 1, p. 62) la morsure du serpent détruit l'irritabilité musculaire, produit la jaunisse et tue rapidement; mais les phénomènes morbides varient suivant l'espèce de vipère ou de serpent. Si la morsure du serpent à sonnettes, d'Amérique, produit, comme le serpent Holleik d'Arabie, une coloration pourpre de la peau, un état érysipélateux avec desquammation, et cela dans moins de vingt-quatre heures, on doit en conclure que l'action du venin est spécialement modificatrice de la peau, et qu'on peut espérer de son inoculation, sagement conduite, un effet modificateur, au lieu d'un effet promptement mortel. L'observation du malade dont j'ai rapporté les détails confirme l'assertion de Fontana sur la rapidité de la mort, et la prompte tendance du corps à la putréfaction, mais elle démontre aussi l'inefficacité de la tisane de guaco, tant préconisée contre les morsures des vipères, surtout dans le Guayaquil et la Nouvelle-Grenade. En outre, elle a fait voir que le venin absorbé modifiait les tubercules de la lèpre instantanément, au point de les aplatir. Ce fait de physiologie pathologique est très important à vérifier... Ce sera un immense service rendu à l'humanité que de tenter sagement, dans des conditions données de courage de la part du malade et d'insuccès complet de toutes les méthodes thérapeutiques connues, l'inoculation d'une petite quantité de venin. Que si l'on redoute un empoisonnement promptement mortel par l'absorption d'une très petite quantité de venin inoculé, alors qu'on se rassure; car, au lieu d'essayer de le combattre par le secours douteux du guaco, de l'alcali volatil, des sudorifiques, de la racine d'ophyose, de polygala, de la serpentaire ou du lézard, qui empêche d'employer de préférence sur-le-champ le moyen des décharges galvaniques soit sur la plaie, soit sur la surface du corps, moyen héroïque qui agit sur l'innervation avec encore plus d'énergie et de soudaineté que le venin lui-même? (1)

(1) On a compté le nombre des pulsations du pouls, mais on a pas tenu compte de leur force, ce qui pourrait conduire à de fausses conséquences. En général le pouls est fréquent dans les empoisonnements hyposthéniques, par la raison que les contractions du cœur sont incomplètes, mais il est faible en même temps. (N. du R.).

(2) Ce fait est loin d'être prouvé (*N. d. R.*).

(1) Dans l'état actuel de la toxicologie dynamique nous ne connaissons que deux indications fondamentales dans l'empoisonnement reptilien : décomposer le venin sur place et s'opposer à son absorption à l'aide de la cautérisation et de lotions soit potassiques, soit ammoniacales, et combattre les effets généraux au moyen des stimulants véritables que nous avons indiqués dans une note précédente. L'électricité ou le galvanisme que nous avons si longtemps et si diversement étudié n'est pas à nos yeux un agent thérapeutique réel, du moins si nous en jugeons d'après les effets qu'il produit par le mode d'application enseigné jusqu'à ce jour. On croit généralement que ce sont les remèdes diaphorétiques qui conviennent de préférence; c'est là un préjugé ancien que la médecine humorale avait appliqué à tous les empoisonnements indistinctement. Nous devons faire remarquer, au surplus, que le venin reptilien est lui-même diaphorétique et diurétique, comme tous les hyposthénisants en général, et que tout médicament qui agit ainsi ne peut qu'augmenter son action toxique (*N. d. R.*).

***

DOCUMENTS TOXICOLOGIQUES.

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR L'EXISTENCE DU MERCURE MÉTALLIQUE DANS LE SANG ET DANS LES ORGANES; *par le docteur Osterten.*—Il y a longtemps déjà que le mercure a été trouvé dans le sang, dans l'urine, dans la salive et même dans la substance musculaire des personnes qui avaient fait usage de ce métal; mais des objections avaient été élevées sur ces résultats. J'ai pensé, en conséquence, qu'il pourrait être utile de reprendre cette question en sous-œuvre par de nouvelles expériences, et de chercher ensuite le mercure dans le sang et dans les organes à l'aide du microscope, car s'il est vrai que ce corps entre dans le sang même à l'état métallique, il m'a semblé qu'il serait plus facile de constater sa présence à l'aide de lentilles appropriées que de manipulations chimiques qui supposent toujours l'existence de grandes quantités. Pour ces expériences, j'ai eu recours à la pommade mercurielle ordinaire (onguent gris). Cette préparation présente au microscope les globulins mercuriels à des grosseurs variables; les plus gros offrent un diamètre de 1/70 à un 1/80 de ligne; tandis que les petits présentent 1/1000 de ligne de diamètre environ.

1re *Expér.* — On a donné par bouche à un jeune chat, un gros (4 grammes) de pommade mercurielle qu'on a répétée pendant quatre jours. On lui a en même temps rasé le ventre et frictionné 8 grammes de la même pommade chaque jour. On lui a fixé la tête à l'aide d'une bande. Le lendemain, l'animal était agité, inquiet; cet état d'agitation a augmenté le jour d'après; puis il est devenu tremblant, a perdu l'appétit, a évacué de temps en temps l'intestin de fèces brun verdâtres, molles, et qui contenaient des globules mercuriels. Le cinquième jour, il s'est affaissé et est mort, sans offrir de salivation ni une affection quelconque à la bouche. A l'autopsie, les organes digestifs s'offrent à l'état normal; la veine porte et ses branches, et aussi la veine cave inférieure, sont distendues par du sang noir coagulé dans lequel le microscope découvre la présence de globules mercuriels de 1/250 à 1/1000 de ligne de diamètre. Idem, dans la veine cave supérieure. L'estomac est vide; sa membrane muqueuse est fortement plissée, pâle et couverte de mucus tenace. A l'orifice pylorique, la surface interne de l'estomac est d'un rouge-pâle, sans injection vasculaire manifeste; elle est couverte d'une substance noirâtre. Examinée au microscope, cette substance est granuleuse, mais ne contient pas de mercure et ne se dissout pas dans l'acide nitrique. Le canal intestinal ne présente rien d'anormal, à l'exception de la partie inférieure de l'ileum qui est couverte de la même substance noire qui existait dans l'estomac; idem, dans le cœcum. Dans ces deux matières, le microscope a accusé la présence du mercure. Les glandes mésentériques étaient volumineuses, mais normales; elles contenaient très peu de mercure. Le foie est à l'état normal, pas congestionné; il offre une quantité considérable de mercure; ce métal est surtout très abondant dans la bile de la vésicule dont la couleur est verte. Rate normale : beaucoup de globules mercuriels dans son parenchyme. Reins et appendices rénales sains : très peu de globules mercuriels; on en trouve aussi dans l'urine contenue dans la vessie, et mêlés avec le mucus dans les cellules de l'épithélium. — Les poumons sont de couleur rose; à la face postérieure de leurs lobes, on voit quelques taches pustuleuses, de couleur rouge sale, offrant une épaisseur de une à quatre lignes, entourées d'une auréole blanc-jaunâtre; le contenu de ces pustules est du pus épaissi qui offre des globules mercuriels au microscope. Le parenchyme pulmonaire est distendu par du sang noir. Les plèvres, le cœur et le gros vaisseau sont à l'état normal. Les cavités du cœur présentent quelques globules mercuriels. On a cependant cherché sans succès le mercure dans la veine cave supérieure, dans la jugulaire, dans les carotides, dans le cerveau, dans la moelle épinière, dans les glandes salivaires et dans le pancréas. Dans les villosités de la muqueuse intestinales, on n'a pu en découvrir; mais on en a trouvé dans le tissu cellulaire sous-cutané de l'abdomen, dans l'épiderme de la région frictionnée, et aussi dans les couches musculaires de la même région.

2e *Expér.* — On a frictionné à un autre chat six drachmes (24 grammes) d'onguent mercuriel, dans l'espace de six jours, sur les tégumens de l'abdomen; et à un troisième chat, on a administré la même dose intérieurement. Ils n'ont pas paru souffrir ni l'un ni l'autre, leur appétit étant resté normal, surtout chez le dernier; leurs excréments sont devenus mous et noirs. Le septième jour, on les a étranglés, dix heures après leur dernière dose de pommade. A l'autopsie, aucun organe n'a paru malade; le sang des veines abdominales était coagulé; celui de la veine porte contient une plus grande quantité de globules mercuriels, de 1/800 à 1/200 de ligne de diamètre, que celui de la veine cave inférieure. Des globules mercuriels ont été également trouvés dans le pancréas, dans le foie, dans la bile, dans la rate; très peu dans l'urine et dans le tissu pulmonaire; aucun dans les reins, ni dans les capsules sus-rénales, ni dans le cerveau, ni dans la moelle épinière, ni dans les glandes salivaires, ni dans le cœur, ni dans les artères, ni dans la veine cave supérieure. Chez le troisième chat, le tube intestinal a présenté les mêmes particularités que le premier. Chez le second, des globules mercuriels en quantité ont été trouvés dans les couches les plus profondes du derme et dans les vaisseaux du tissu cellulo-graisseux sous-cutané.

Conclusions.—On peut établir comme un fait incontestable : 1° que le mercure pénètre à travers les membranes vasculaires, non seulement quand il est oxidé ou à l'état de chlorure ou de solution, mais aussi à l'état métallique. Il est remarquable que, dans les régions frictionnées, les globules mercuriels se rencontrent plutôt dans les tissus profonds du derme, près des bulbes pilaires et des conduits de la sueur, que dans l'épiderme; 2° que le mercure métallique

peut être nuisible, soit qu'on le frotte sur la peau saine, soit qu'on le prenne intérieurement, par son passage dans la circulation; 3° que le mercure ne subit pas des changements chimiques dans l'économie, puisqu'il s'est représenté à l'état métallique dans le sang comme dans le parenchyme des organes. Les globules ont offert, comme dans la pommade, un aspect noirâtre de forme irrégulière, quelquefois dentelé; à l'état de protoxide, en un mot; ils n'exerçaient pas d'action sur les alcalis, mais ils se dissolvaient lentement dans l'acide nitrique concentré, après s'être convertis en molécules noires. Dans l'urine ni dans la bile, les molécules ne présentaient aucun changement; 4° qu'une petite quantité de globules mercuriels finement divisés passe dans la circulation capillaire sans produire d'inflammation ni d'obstruction. Le sang lui-même ne paraît pas très altéré par le mélange des globules mercuriels dans sa masse; 5° que les molécules les plus fines de la pommade mercurielle qu'on frotte sur les tégumens de l'abdomen ou qu'on introduit dans l'estomac, passent promptement dans la rate, dans le foie, dans les reins, et sont excrétés ensuite dans la bile et dans les urines. Chez le chat, on ne retrouve pas de molécules mercurielles dans les glandes salivaires; mais chez une femme traitée par les frictions et offrant du ptyalisme, la salive et l'urine nous ont offert au microscope des globules mercuriels (*Wanderlich's u. Roser's Archiv. et The Med. times.*— 6 juil.)

Remarques du traducteur. — On voit par ces expériences que, quand on frictionne la pommade mercurielle sur l'abdomen en cas de péritonite, le mercure passe dans les tissus profonds et y exerce incontestablement une action dynamique. De là la nécessité d'avoir une pommade parfaitement éteinte et de la frictionner autant que possible pour obtenir des effets très marqués. On comprend aussi pourquoi, dans une région emflammée, congestionnée, le mercure doit passer plus difficilement, à moins de le frictionner en même temps sur les tissus sains environnants. Chez les ouvriers qui manient le mercure, ce métal passe donc dans leur organisme par tous leurs pores, comme chez les vérolés qu'on frictionne, etc. On savait sans doute tout cela; mais la démonstration physique que l'auteur vient d'ajouter est d'une grande importance. Quand on frictionne les paupières, le sourcil et le front avec l'onguent gris pour une affection de l'œil, il a toujours été incontestable pour nous que le mercure passait dans la circulation de l'arbre orbito-oculaire, et cette conviction nous l'avons formellement exprimée dans notre ouvrage récent. Cela s'applique également à tous les collyres. Voilà pourquoi nous croyons qu'on est dans l'erreur quand on croit que, dans les maladies profondes de l'œil, les collyres n'ont pas d'action, leur efficacité étant bornée dans le contact extérieur. Ce sujet est tout à fait neuf en France. Il serait à désirer qu'une série d'expériences fût faite sur les animaux, d'après le même système, avec les sels solubles de mercure. On aurait ainsi dans le microscope un auxiliaire utile, peut-être, dans les investigations de toxicologie légale.

REVUE GÉNÉRALE.

Obstetrique. — Dans un compte rendu que vient de publier M. le docteur de Billi, médecin principal de la Maternité de Milan, sur les accouchements opérés pendant dix années (1834-43) dans cet hôpital, on trouve les remarques suivantes basées sur 2773 naissances.

La mesure des enfants naissants, par rapport au point d'insertion du cordon ombilical, offre de l'intérêt, surtout depuis que Chaussier en a fait le sujet d'une question de médecine légale. Il résulte des mesures prises avec une grande persévérance, pendant dix ans, par M. de Billi, que, chez les fœtus à terme, on avait à tort prétendu qu'au terme de neuf mois, cette insertion correspondait exactement au milieu de la longueur du corps. Le point d'insertion du cordon est à des hauteurs variables; il est rare que cette insertion soit précisément dans le milieu du corps; le plus souvent, elle se trouve à un demi-pouce au-dessus, quelquefois à trois quarts de pouce; dans quelques cas, elle est au-dessous, au contraire; chez cinq enfants, elle correspondait à un pouce et deux lignes au-dessous du point central du corps. Ces cinq enfants, cependant, étaient nés probablement quinze ou vingt jours après le terme ordinaire de la gestation. Sur des fœtus de sept ou huit mois, les mesures ont donné des résultats aussi variables: tantôt l'insertion était au milieu, tantôt (et c'était le plus ordinaire) à plus de trois centimètres au-dessus. La conclusion que l'auteur en tire, c'est qu'on ne peut prendre l'insertion du cordon comme mesure déterminante de l'âge de l'enfant.

La procidence du cordon ombical ne s'est présentée que 14 fois, ce qui prouve que c'est là un accident rare. Dans 10 cas, l'enfant présentait le vertex, dans 4, l'épaule. Sur 5 des premiers, la réduction a pu se faire sans rechute; chez 2, on n'a rien fait, l'accouchement s'étant accompli rapidement; chez les trois autres, on a pratiqué la version. Tous ces enfants sont nés vivants, à l'exception de trois, malgré que chez deux d'entre eux les pulsations du cordon eussent cessé depuis quelques instants. Pour la réduction on a fait usage d'une sonde élastique et d'un ruban court dont les chefs réunis étant passés dans les yeux de la sonde laissaient une anse qui embrassait mollement le cordon ombilical, sans le serrer. Cette sonde était poussée dans l'utérus aussi haut que possible, vers la région sacro-iliaque correspondante au côté d'où descendait le cordon, et on l'y fixait ainsi jusqu'à ce que la tête fût descendue dans l'excavation. On retirait alors le mandrin, puis la sonde, et l'on y laissait le ruban. L'auteur croit avoir observé que le prolapsus du cordon n'arrivait le plus souvent que lorsque le placenta adhérait près du col et que le cordon se trouvait lui-même fixé sur le bord placentaire.

La *position* que l'auteur préfère pour la femme en couche est la latérale; des expériences comparatives entre cette position et la position dorsale lui ayant dé-

montré que de grands avantages se rattachent à la première, à moins qu'une maladie organique du cœur ou d'un autre organe ne s'y oppose. C'est aussi la pratique recommandée en Angleterre et dans quelques pays d'Allemagne. Sur le côté droit la femme repose mieux, elle a plus de force pour expulser, car la poitrine étant plus rapprochée du bassin, les muscles sont plus ramassés et moins étalées; elle ressent moins les maux de reins, car les muscles dorsaux sont moins mis en jeu; elle est moins exposée à la déchirure du périnée, car cette partie n'est pas distendue et l'accoucheur la soutient mieux; si l'enfant vient asphyxié, alors que le cordon présente encore des battements, on peut mieux le secourir dans cette position par derrière; les femmes accouchées de côté assurent que le travail est moins pénible et plus court. Enfin la position latérale est plus décente d'après l'auteur.

Le seigle ergoté n'a été employé avec un avantage réel que dans les seuls cas où l'utérus, énormément distendu, après l'écoulement des eaux, ou après la sortie de l'enfant ne se contractait pas. Le seigle n'était donné qu'autant qu'une cause matérielle ne s'opposait à cette contraction. La dose a été de 40 à 50 centig. (8 à 10 grains), répétés deux ou trois fois. Les enfants sont venus presque toujours vivants lorsque cette administration a été opportune; mais des accidents graves ont été observés dans d'autres conditions par l'usage intempestif de ce moyen. Un assez grand nombre de femmes en travail, déjà traitées en ville avec de grandes doses de seigle, ont été reçues, leur col utérin n'était pas encore effacé; présentation naturelle d'ailleurs, douleur atroces à cause de leur continuité incessante; 14 de ces femmes ne sentaient plus les mouvements de l'enfant; ces enfants sont nés tous morts apoplectiques. L'autopsie a montré des congestions et des épanchements dans le cerveau sans le moindre signe de compression sur la tête. L'auteur attribue ces accidens aux contractions incessantes de l'utérus par le seigle administré trop tôt; ces contractions étouffent la circulation du cordon, du placenta et de l'enfant, car elles ne sont pas intermittente comme les contractions naturelles. Dans les cinq premières années on ne donnait pas de seigle, et il est né dans l'établissement 1231 enfants vivants, et 78 morts; tandis que dans les cinq dernières années où l'on a fait usage de seigle, on a eu 1158 enfants vivants et 118 morts. L'auteur attribue au seigle cet excès de mortalité. Souvent des femmes avaient voulu se faire avorter en ville avec le seigle, et sont venues à la Maternité pondre un fœtus mort. L'abus du seigle avait encore pour résultat d'hyposthéniser trop l'économie et de retarder ainsi l'accouchement par manque réel de forces.

Les obliquités de l'utérus ont nécessité des positions diverses pendant l'accouchement. Dans l'obliquité antérieure la femme restait sur le dos jusqu'à ce que la tête s'engageât dans l'excavation; alors la patiente était tournée sur le côté. Dans l'obliquité latérale droite la femme était couchée sur ce même côté si elle pouvait y rester; l'utérus pressé ainsi contre un lit dur trouvait un point d'appui et son obliquité était corrigée.

La constipation s'est quelquefois présentée comme cause d'accouchement difficile. Chez deux femmes les matières fécales indurées dans le rectum étaient en si grande quantité qu'elles empêchaient la sortie du fœtus. Chez l'une d'elles le rectum en était tellement dilaté qu'il écrasait le vagin et l'avait applati contre le pubis; à tel point que l'introduction du doigt dans le vagin était impossible. Cette femme avait été dès son enfance sujette à la constipation, elle n'allait à la garde-robe que tous les 20 ou 25 jours. Lors de son entrée elle n'y allait pas depuis 24 jours, et elle ne pouvait uriner depuis 24 heures; ventre balonné et douloureux; pouls fébrile. L'introduction d'un doigt dans le rectum a été impossible, à cause de l'espèce de muraille de matières fécales indurées dans cette partie et remplissant l'excavation. Spatule en fer; action de percement; lavements répétés; doigt en forme de crochet, etc. On a fini par ébrécher la masse; débacle de matières, écoulement des urines, etc. La matière fécale retirée s'est élevée à trois kilog. et demi (sept livres). Deux heures après, l'accouchement s'est accompli heureusement. Trois ans après, cette femme est morte d'entérite, après être restée 30 jours sans évacuer l'intestin.

La version podalique qui généralement s'exécute avec facilité a souvent offert des difficultés sur des femmes venues du dehors et ayant déjà subi des manœuvres infructueuses en ville. Cette opération a été pratiquée sur 51 femmes dans l'espace de dix ans; chez la plupart le fœtus était mort. Pour cela la femme était placée sur le bord du lit, couchée sur le dos et maintenue convenablement. Dans quelques cas cependant l'auteur a trouvé plus commode la position couchée sur le côté, surtout lorsqu'il y avait obliquité antérieure; il a reconnu qu'on arrivait ainsi plus facilement aux pieds de l'enfant qui sont ordinairement en avant, les mouvements de la main et de l'avant-bras de l'opérateur étant plus libres et moins fatigants, car ils ont un espace plus court à parcourir dans cette position; l'opération devient par-là plus prompte et moins douloureuse. Quelquefois l'utérus était tellement contracté contre le fœtus que la main ne pouvait pénétrer jusqu'aux pieds; une abondante saignée jusqu'à une demie syncope a été le meilleur moyen pour obtenir une détente et pénétrer de suite pendant la saignée même. Chez quatre femmes cependant l'utérus était tellement appliqué contre le fœtus que le passage de la main a été impossible; l'enfant présentait un bras très-gonflé et livide hors de la vulve, l'excavation était remplie par l'épaule et la poitrine; des tractions avaient été exercées en ville. Quelques auteurs conseillent dans ces cas de décapiter le fœtus, d'extraire le tronc d'abord, puis la tête en la saisissant par la mâchoire inférieure; mais l'auteur a trouvé cette dernière manœuvre très difficile; il préfère le procédé suivant. La femme est couchée sur

le côté, l'opérateur saisit le bras déjà avancé, tire sur lui et fait sortir l'épaule jusqu'au dessous du pubis, il confie ces parties à un aide qui doit les fixer de telle sorte qu'une partie du cou de l'enfant se montre au dehors, à droite ou à gauche, la tête restant immobile sur la branche horizontale du pubis. Dans cet état les fesses du fœtus sont encore vers le détroit supérieur et répondent à la symphyse sacro-iliaque opposée au côté occupé par l'épaule. L'accoucheur glisse alors les doigts de ses deux mains, entre le pelvis de la mère et le ventre du fœtus, il porte une main aussi plus haut que possible vers l'excavation du sacrum et embrasse les côtés du ventre, il tire fortement le tronc, de telle sorte à faire descendre totalement les flancs dans l'excavation et obliger les fesses à franchir le détroit supérieur. A mesure que celles-ci descendent dans l'excavation, un côté de la poitrine sort par la vulve. En continuant les tractions, le flanc et enfin les fesses descendent, et le tronc se trouve ainsi à l'extérieur. Reste alors la tête qu'on peut abandonner aux forces de la nature, et l'accouchement se termine sans décollation. Pour que cette manœuvre soit couronnée de succès, il importe que la tête reste fixée contre la branche horizontale du pubis, que la partie inférieure du cou de l'enfant arcboute contre l'arcade pubienne, et enfin que les fesses franchissent le détroit supérieur en passant par la symphyse sacro-iliaque et décrivent en descendant un cercle à concavité sacro-périnéale; les fœtus sur lesquels l'auteur a opéré de la sorte étaient déjà morts, ils étaient de volume ordinaire et le bassin de la mère était bien conformé. Ces femmes qui, ainsi que nous l'avons dit, avaient déjà essuyé des manœuvres laborieuses en ville, ont été prises de métrite; une seule sur sept est morte cependant, les autres ont guéri.

L'opération césarienne a été pratiquée sur quinze femmes, elle n'a réussi qu'une seule fois; quatorze de ces opérées sont mortes (Ann. Univ. di med. août).

De la préparation des teintures alcooliques, *d'après un nouveau procédé; par M. Burton, médecin à l'hôpital Saint-Thomas, à Londres.* — Ce procédé, que l'auteur appelle nouveau, consiste à renfermer la substance dont on veut faire une teinture dans un sac poreux, en flanelle fine ou en calicot, à la bien ficeler et à la suspendre dans un vase, de manière à tremper dans les couches supérieures d'une quantité donnée d'alcool. On aura ainsi par l'effet de la suspension rempli à la double indication de la macération et du filtrage à la fois. Soit, par exemple, une teinture de quinquina : prenez six grammes de kina en petits fragments ou en poudre; mettez-les dans un sac en calicot, assez grand pour contenir le double de cette quantité; ficelez en bien l'ouverture avec une ficelle fine; ensuite, prenez un flacon à grand goulot, capable de permettre l'introduction du sac, et d'une capacité à recevoir 120 grammes d'alcool à 60°; introduisez y le sac que vous attacherez au col de la bouteille et de manière à tremper dans la partie supérieure du liquide. Aussitôt, les couches supérieures de l'alcool commencent à se colorer en rouge par la dissolution des principes du kina qu'elles entraînent; ces couches, étant plus pesantes que les inférieures, descendent au fond du vase et sont remplies par d'autres, et ainsi de suite; de sorte qu'il se fait dans le vase un mouvement de couches ascendantes et de couches descendantes, et le médicament est dépouillé ainsi en peu de temps de ses principes médicamenteux et filtré en même temps. Des expériences comparatives ont montré à l'auteur que le procédé par suspension donne de meilleurs résultats que les anciens procédés connus, soit sous le rapport la promptitude de l'opération, soit sous celui de la bonté du produit et de l'économie. On comprend que des vases en porcelaine ou en verre, de capacités différentes, deviennent indispensables pour cela. Plusieurs sacs peuvent être suspendus dans un même vase. Une teinture de quinquina peut être accomplie ainsi dans l'espace de trois à quatre jours; elle offre les mêmes qualités que la teinture faite dans les mêmes proportions et avec les mêmes éléments par les procédés anciens en quatorze jours. Des teintures de myrrhe, de jalap, d'opium, ont été faites ainsi en trois jours; celle de catechu en deux jours, etc. En général, cependant, l'auteur pense que par précaution, et dans le but d'épuiser tout le principe actif, mieux vaut laisser la filtration en suspension pendant sept jours, surtout si la matière n'est pas en poudre. Il importe que la toile du sac soit bien poreuse, ainsi que nous l'avons dit. Le sac retiré peut être suspendu dans une nouvelle quantité d'alcool, ce qui donne tout le résidu de la matière, toujours diaphane, tandis que le procédé par expression ne donne qu'un produit trouble. L'auteur a préparé, de la même manière, des vins médicamenteux, comme le vin d'ipécacuanha en moins de quarante heures, le vin de colchique en trois ou quatre jours et d'égale force que les vins préparés en quatorze jours par l'ancien procédé. *(Lond. méd. Gaz.*; août 1844.)

— Nous ne sommes partisans des teintures alcooliques que pour les substances excitantes seulement, telles que la canelle, l'opium, la noix muscade, etc.; pour les autres médicaments, l'alcool est à nos yeux un mauvais excipient, car il en neutralise plus ou moins le principe actif. Quoiqu'il en soit, on doit reconnaître, dans le procédé qu'on vient de lire, un principe pratique de quelque importance; mais nous ne pensons pas que cela soit tout-à-fait nouveau en France.

Anévrisme de la région fessière; autopsie; *par M. Z. Torracchi, chirurgien à l'infirmerie Sta-Lucia, à Florence.* — Pierre Domini, militaire, âgé de 36 ans, tempérament sanguino-nerveux a été reçu à l'infirmerie le 19 avril dernier, pour une douleur qu'il croyait ischiatique, au membre abdominal droit. A l'examen, on trouve à la région fessière une sorte de bombement à surface lisse, sans changement de couleur à la peau, s'étendant depuis le grand trochanter jusqu'au bord correspondant de l'os sacrum, et depuis la tubérosité ischiastique jusqu'au près de la ligne sémi-circulaire de la face externe de l'os des îles. La main appliquée sur cette vaste tumeur accusait manifestement des pulsations artérielles, et l'oreille portée immédiatement

ou à l'aide du stéthoscope faisait sentir une sorte de frémissement obscur et profond. On constatait en même temps une cicatrice de l'étendue de dix millim. (5 lignes) à la partie supérieure, contre la symphyse sacro-iliaque du même côté; voici maintenant le commémoratif. En 1836, c'est-à-dire, deux ans ans avant de s'engager au service militaire, le patient avait reçu un coup de couteau dans la fesse droite, précisément à l'endroit de la cicatrice; la blessure avait occasioné d'abondantes hémorrhagies qui ont été réprimées à l'aide de la compression. Dès cette époque, des douleurs s'étaient déclarées aux parties adjacentes et aux deux premiers orteils correspondants. En mai 1843 étant de sentinelle un jour, il sentit tout-à-coup ses douleurs s'exaspérer, et en portant la main vers le lieu de la blessure il s'aperçut de la présence de la tumeur. Les douleurs au reste n'avaient jamais été assez fortes pour l'empêcher de faire son service jusqu'à la semaine antérieure à son entrée à l'hôpital. M. Torracchi a diagnostiqué un anévrisme de l'artère soit ischiatique, soit fessière; il a prescrit, repos: diéte, digitale, applications de glace, compression, saignées générales et locales. Ces moyens n'ont pas empêché la tumeur de faire des progrès, et les douleurs d'augmenter par degrés. Vers les commencements de juillet, le malade accusait des douleurs intolérables, et il demandait à tout prix à être opéré. Deux modes opératoires se présentaient, dit l'auteur : lier l'artère iliaque interne en agissant du côté de la fosse iliaque, ou bien fendre la tumeur, la vider, chercher et lier le vaisseau ou les vaisseaux lésés si la chose était possible, et dans le cas contraire provoquer leur oblitération à l'aide de la compression immédiate et du tamponnement ou de la cautérisation. Une consultation a eu lieu le 4 juillet, dans le but de prendre un parti entre M. Torracchi et les chirurgiens Betti, Andreini, Zannetti et Burci. On s'est accordé d'opérer d'après l'ancienne méthode, c'est-à-dire d'ouvrir la tumeur et d'agir directement sur le vaisseau blessé, et dans le cas où le sang ne pourrait pas être arrêté, de tamponner la poche hématique et d'agir en attendant du côté abdominal pour lier l'iliaque interne. Ce projet a été mis en exécution de la manière suivante deux jours après, en présence des consultants et d'un grand nombre d'élèves.

Opération. Le 6 juillet, à dix heures et demie du matin, le chirurgien pratique sur la tumeur une incision verticale de la longueur de 16 centim. (5 1|2 pouces), s'étendant de la partie supérieure à l'inférieure de la poche morbide; il divise successivements les tégument, la masse musculaire soujacente et lie les vaisseaux à mesure qu'ils sont ouverts; il arrive enfin à la face externe du sac anévrismal qu'il disséque et isole dans une grande étendue; les pulsations sont manifestes à la main et à l'oreille, mais moins fortes qu'avant, ce qui peut tenir soit à l'affaiblissement momentané de la circulation par effet de la douleur et du peu de sang écoulé, soit à la moindre tension de la poche hématique par le fait de la division de la peau et des muscles; cette circonstance elle-même fait au reste présumer l'existence d'une quantité considérable de caillot. L'opérateur ouvre hardiment le sac, une colonne énorme de sang artériel jaillit avec une impétuosité effrayante à une hauteur d'un bras environ; il n'existe pas de grumeaux dans le sac; la main introduite dans sa cavité fait reconnaître une énorme caverne s'étendant dans l'excavation pelvienne. A l'instant le malade déclare que les atroces douleurs qui le déchiraient viennent de cesser par suite de l'évacuation subite du contenu de la tumeur, et cela disant il tombe en syncope. «L'absence inattendue de grumeaux dans la poche hématique, m'a, dit l'auteur, ôté tout l'espoir de pouvoir dominer immédiatement l'altère lésée et de la lier ou de la cautériser; j'ai dû par conséquent me hâter de tamponner en remplissant la caverne avec la charpie que j'ai fait comprimer par la main vigoureuse de plusieurs aides habiles qui se relevaient à tour de rôle; le malade paraissait déjà bien abattu par la perte du sang, mais il était tranquille d'ailleurs.»

Trois heures après l'hémorrhagie n'avait pas reparu. A une heure vingt m., après midi, le sang reparaît; la compression exercée par les aides ne peut en modérer l'écoulement qu'avec peine. On convoque les consultants sus-nommés et l'on procède de commun accord à la ligature de l'iliaque interne de la manière suivante :

M. Torracchi pratique au côté droit de la paroi abdominale une incision sémilunaire de l'étendue de 15 centim. (5 pouces deux lignes), s'étendant depuis les fausses côtés jusqu'auprès de l'arcade crurale, il a divisé couche par couche, tantôt à main suspendue, tantôt à l'aide d'une sonde, les muscles grand et petit oblique et transverse, a découvert le péritoine, détaché cette membrane de l'aponévrose postérieure du muscle transverse et des aponévroses des muscles iliaque interne et psoas, a passé par dessus l'artère iliaque externe et introduit son doigt indicateur dans l'excavation pelvienne où il a reconnu distinctement les battements de l'iliaque interne; M. le professeur Zannetti l'a aidé dans cette recherche difficile et délicate, et ayant isolé avec les doigts le vaisseau, ils l'ont entouré d'un fil; on a alors suspendu la compression de la région fessière et l'on s'est assuré que le sang cessait de couler par l'anévrisme lorsqu'on serrait le fil passé autour de l'artère, on l'a noué convenablement et réuni la plaie abdominale à l'aide de quatre points de suture et de bandelettes collantes. — L'hémorrhagie n'a pas reparue, mais le malade s'est affaissé par degrés; pouls petit et à peine perceptible, extrémités froides, voix tremblante, paupières abaissées. On prescrit : boisson cordiale avec un peu de laudanum. A 8 h. du soir, léger délire par intervalles. A 10 h., mouvements spasmodiques et vomituritions de temps en temps. Mort dans la soirée, 12 heures après la seconde opération.

Autopsie. Le lendemain, 8 juillet, à six heures du matin, on procède à l'autopsie. Le sac anévrismal est disséqué et isolé, il ne présente rien autre de remarquable qu'une étendue extraordinaire, il se prolonge par l'ouverture sacro-ischiatique dans l'excavation pelvienne, les tissus environnants sont distendus et amincis; le nerf ischiatique est placé entre la tumeur et le pelvis, ce qui fait comprendre comment il était comprimé. L'artère iliaque interne ne se divisait pas, comme dans la majorité des cas, en branche antérieure et postérieure; elle se continuait directement par un tronc unique jusqu'à l'échancrure ischiatique, et diminuait seulement de volume à mesure qu'elle donnait en descendant des artères au pelvis; elle était parfaitement serré par la ligature, à 4 millim. (2 lignes) au-dessous du point d'où partaient les branches hémorrhoïdales et vésicales, et à 8 millim. (4 lignes) avant sa division en branches fessière et ischiatique. La blessure qui avait donné naissance à l'anévrisme existait sur le point de bifurcation de ces deux dernières artères, ou plutôt dans l'entre-deux de leur naissance, et il est resté évident pour tout le monde que la ligature avait parfaitement rempli le but comme opération (puisque le sang ne pouvait plus passer dans l'anévrisme) sans empêcher pourtant la circulation de se continuer dans les autres vaisseaux provenant de l'iliaque interne avant sa division en fessière et ischiatique. Le bassin préparé convenablement a été déposé dans le muséum d'Anat. path. du grand hôpital de Sta-Maria Nuova (Gazz. Tosc. delle sc. med.-fis., 16 août.)

— L'autopsie de cette importante observation laisse beaucoup à désirer, puisque l'auteur ne décrit pres-

que pas la tumeur; il nous laisse ignorer les limites intra-pelviennes de la poche sanguine, les conditions particulières de ses parois, celles de l'ouverture artérielle et des alentours de la ligature, l'état des autres artères du bassin, etc. Probablement, l'auteur a plus compté sur l'éloquence muette de sa préparation anatomique que chaque visiteur pourra interroger dans le Muséum de Florence, que sur celle de sa plume. Quoi qu'il en soit, ce fait n'en est pas moins riche en conséquences pratiques. On est frappé d'abord de l'absence absolue de caillots dans cette énorme poche anévrismale ancienne. Cette circonstance ne s'explique guère par l'état actuel des connaissances, car ce sang artériel était bien extravasé et ne circulait plus de la poche dans le vaisseau blessé; or, ce n'est pas ce qu'on rencontre ordinairement dans les anévrismes faux consécutifs ou primitifs de quelque volume. Il y a là parconséquent une condition nouvelle assez importante à étudier. Ensuite, on ne comprend pas suffisamment M. Torracchi quand il dit que l'absence inattendue de caillots lui a immédiatement enlevé tout espoir d'atteindre directement le vaisseau blessé et de le lier; car, en quoi la présence des caillots l'aurait-elle servi si ce n'est à l'embarrasser dans la découverte de l'artère? Il est clair qu'il aurait fallu d'abord vider les caillots pour arriver au but, et l'on est étonné de voir qu'il n'ait fait aucune tentative pour cela; le jet énorme de sang l'a sans doute effrayé après l'ouverture de la tumeur, mais c'est toujours ainsi quand on opère d'après la méthode dite ancienne. Il est présumable qu'en prenant d'avance des mesures appropriées pour comprimer l'aorte abdominale comme dans les hémorrhagies utérines, la ligature de la fessière ou de la sciatique en cas d'anévrisme n'est pas impossible; cette opération a d'ailleurs été pratiquée avec succès, comme on sait. La ligature de l'iliaque interne est par elle-même une opération beaucoup plus grave et plus difficile que la précédente. Pratiquées à la fois sur un même individu, dans la même séance, les deux opérations acquièrent par leur union une portée peut-être irréconciliable avec la vie. Comme opération, au reste, la ligature de l'iliaque interne pratiquée par M. Torracchi se prête elle-même à l'éloge et à la critique à la fois. Au total, on peut dire que telle qu'elle est cette observation fournit peut-être tout autant d'enseignements à l'art que si son résultat eût été heureux.

Fistule a l'anus a double trajet. — Un soldat âgé de 28 ans est entré à l'hôpital de Montpellier pour être guéri d'une fistule à l'anus offrant un double trajet externe à différentes hauteurs. Deux stylets introduits par les deux ouvertures extérieures se sont rencontrées dans le rectum, ce qui a dû faire conclure que les deux trajets extérieurs aboutissaient à une seule ouverture dans l'intestin. On s'est contenté de fendre le trajet inférieur et la portion correspondante du rectum, et l'on n'a pas touché au trajet supérieur. Un pansement avec une grosse mèche a été fait à l'ordinaire. La guérison a été complète en peu de jours, le trajet supérieur s'étant cicatrisé spontanément dès que son ouverture intérieure s'est trouvée fendue. Cette pratique déjà indiquée par quelques auteurs est applicable aussi aux fistules à trajets multiples (*La clinique de Montpellier*).

Maladie dentaire méconnue. — M. Liston de Londres vient de publier un cas assez curieux d'un malade qui était venu exprès des Indes occidentales pour être guéri d'une tumeur ulcérée d'assez mauvais aspect à la joue. On l'avait extirpée plusieurs fois et cautérisée soit avec des substances corrosives soit avec le fer rouge, et le mal avait toujours repullulé. Enfin M. Liston en l'examinant à son tour a reconnu qu'une des dents molaires postérieures était malade; il l'a extirpée et le malade a guéri dans l'espace d'une semaine (the Lancet). Nous avons observé plus d'une fois des affections de cette nature. Une dame avait été traitée en vain par un jeune chirurgien d'une ulcération fistuleuse à la joue; un vieux praticien examina les dents, en trouva une cariée, l'a extirpée et la fistule a disparu. Dernièrement encore un jeune homme du service de M. Gerdy, à la Charité, se trouvait dans le même cas; la joue adhérait à la gencive, et le stylet passait de la fistule externe dans un alvéole dentaire. Un autre qui était à Beaujon avait déjà subi plusieurs opérations sanglantes dans un autre hôpital; enfin le mal a été jugé cancéreux, vu son mauvais aspect et ses répullulations; M. Robert lui a fait subir un traitement antisyphilique; une portion d'os maxillaire supérieur est tombée nécrosée, puis une autre; la tumeur et la fistule de la joue se sont amendées et enfin guéries parfaitement sans d'autre traitement. On ne saurait trop porter l'attention sur l'état des arcades dentaires dans des affections aussi opiniâtres des joues. Ce sont surtout les jeunes chirurgiens qui se méprennent aisément dans ces cas et ils ne sauraient trop se tenir en garde.

Renversement de l'utérus. *Bons effets du tartre stibié.* — Dans un cas de renversement de l'utérus, survenu pendant les efforts exercés sur le cordon ombilical pour arracher le placenta, le docteur Gazzam d'Amérique, ayant essayé en vain d'en opérer la réduction, a eu l'idée d'administrer pendant 24 heures, du tartre stibié à dose nauséeuse comme hyposthénisant. Portant ensuite sa main en cône contre la poche utérine pendante, et en a fait un godet dont le sommet était porté avec ses doigts dans l'ouverture du col; il a forcé pendant quelque temps cette ouverture à se dilater par l'espèce de coin formé par sa main coiffée par le godet utérin qu'elle repoussait. Après quelque temps de cette action continue et de celle du tartre stibié, le col s'est dilaté, l'utérus a été repoussé et réduit, et la femme a guéri (American jour. of méd. sc.),

Tumeur érectile volumineuse au cou, *guérie à l'aide d'une injection de vin aromatique; par M. Riberi, prof. de clin. chir., à Turin.* — Une femme de la campagne, âgée de 46 ans, robuste, tempérament sanguin, bien réglée, sujette à des congestions cérébrales, mère de huit enfans, a été reçue à la clinique pour une tumeur érectile, placée à la région latérale droite du cou. Cette tumeur était du volume d'un œuf de dinde, indolore, molle, élastique, non pulsatile, sans changement de couleur à la peau, à large base, et paraissait se perdre entre les muscles et les gros vaisseaux de la région. En la comprimant uniformément et graduellement, on finissait par la faire disparaître complètement ou par la refouler sous la peau et les muscles, et il ne restait alors que quelques petites bosselures isolées entre les muscles et particulièrement derrière le sterno-cléido-mastoïdien. En ôtant la pression, la tumeur reparaissait par degré. Le commémoratif a appris que la tumeur s'était manifestée pour la première fois, depuis trois ans; elle était petite, et, dans l'espace de 28 mois, elle avait à

peine acquis le volume d'une noix. A cette époque, la malade s'était confiée à un charlatan qui a essayé de la guérir en perforant la tumeur à l'aide d'un petit poinçon en bois dur, ce qui a occasionné beaucoup de douleurs, et consécutivement des hémorrhagies graves qu'on n'a pu arrêter qu'à l'aide du fer rouge. Dès ce moment, la tumeur a pris un accroissement rapide, puis des douleurs se sont déclarées dans sa substance et aux environs. Ces caractères ont conduit à diagnostiquer une tumeur érectile sous-cutanée et intermusculaire à la fois. Le siége de la tumeur excluait la compression; ses prolongements dans les tissus profonds rendaient inapplicables la vaccination, la cautérisation et même l'excision, la ligature et le séton. Je me suis donc décidé à pratiquer dans la tumeur une injection de vin à l'aide de la seringue d'Anel. J'ai circonscrit serrément la base de la tumeur dans un cerceau de carton que j'ai fait fixer par les mains d'un aide; je l'ai ponctionné vers son centre avec une aiguille simple; j'ai adapté dans cette piqûre le bec de la seringue, et j'ai poussé le liquide. J'ai laissé le vin dans la tumeur pendant quelques instants, puis je l'ai fait sortir à l'aide de légères pressions circulaires. Pour faciliter l'injection, j'ai fait convertir en gouttière l'extrémité du bec de la seringue. Le vin dont je me suis servi chez cette malade était aromatique; la réaction en est plus légère qu'avec le vin simple. Après l'injection, la tumeur est restée tendue et dure. J'y ai fait appliquer des vessies pleines de glace pilée. Le lendemain, la tumeur était douloureuse; les parties adjacentes étaient gonflées; réaction fébrile générale; on pratique deux saignées coup sur coup, diète; on continue la glace. Le troisième jour, le volume de la tumeur diminue. Cette diminution est progressive les jours suivants. Le dix-septième jour, toute la masse est flétrie et offre le volume d'un petit pois dur. Guérison parfaite.

— L'auteur, qui avait déjà pratiqué cette méthode avec succès, termine cette exposition par les corollaires suivants : 1° l'efficacité de l'injection vineuse est incontestable dans les tumeurs érectiles; elle est même surprenante dans certains cas; 2° cette efficacité n'est pas bornée seulement aux tumeurs érectiles superficielles ou cutanées, elle s'étend aussi aux tumeurs profondes. On peut l'appliquer non seulement aux tumeurs érectiles de la face, mais aussi à celles des autres régions du corps. 3° Il est des cas de cette dernière catégorie qu'on essayerait en vain d'attaquer par d'autres moyens que les injections en question. 4° L'injection est plus efficace, si on la fait avec du vin dans lequel on a fait bouillir des herbes aromatiques, telles que la lavande, le romarin, etc. (*Gior. delle sc. med. di Torino*, août.)

FAITS CRITIQUES.

— Maison mortuaire publique a Francfort. Il existe à Francfort depuis 1828, une maison fondée par l'autorité municipale dans le but de recevoir les morts et de les conserver avec une inspection convenable jusqu'au moment où des signes manifestes de putréfaction se déclarent, et prévenir ainsi le malheur d'une inhumation pendant une mort apparente. Chaque sujet est placé dans une cellule spéciale, sur un lit commode, dans une température convenable; un gantelet est adapté à chaque main, répondant à un cordon de la sonnette des gardiens. Les gardiens doivent avoir une certaine instruction pour être admis à cet emploi, ils sont surveillés sévèrement par les agens de l'autorité. Si un sujet donne des signes de vie, il doit être de-suite transporté dans la salle dite de *résurrection*; là se trouvent des caisses contenant des objets de premier secours, en attendant que le médecin arrive. Des frais assez considérables sont prélevés pour une pareille mesure; cependant la chose n'est pas obligatoire. Il est étonnant qu'en France où le charlatanisme des embaumements a été porté au *nec plus ultra*, on ait pas encore songé à une maison de ce genre. Nous avons des embaumeurs à la seringue, mais nous manquons jusqu'à présent d'une classe d'industriels *résurrectionistes*. Cela viendra peut-être.

— M. Orfila en voyage. Le célèbre doyen de l'école de Paris est en ce moment à Londres. On nous assure que M. Orfila s'y serait rendu à la demande de lord Aberdeen, pour chanter au palais de Windsor dans les soirées brillantes que la reine Victoria se propose de donner à l'occasion de la visite de S. M. Louis Philippe. L'illustre toxicologue doit se faire entendre, dit-on, avec Lablache dans le fameux air : *God save the Queen*; ce qui veut *dire* en bon français : *St. George, nommez-moi pair de France*! (traduction libre).

— Localisation des poisons d'après Hunter. « Il est des parties qui se montrent beaucoup plus susceptibles que les autres de certaines maladies spécifiques. Les *poisons* ont un siége d'élection dans le corps vivant, comme si des tissus déterminés leur étaient assignés. Ainsi la peau est le siége de ce que l'on appelle vulgairement des éruptions scorbutiques, et de diverses autres maladies; elle est aussi le siége de la petite vérole et de la rougeole. La gorge est le siége de l'hydrophobie et de la coqueluche. Les scrofules attaquent le système absorbant et principalement les glandes. Les mamelles, les testicules et les glandes conglomérées sont le siége du cancer. La peau, la gorge et le nez sont plus susceptibles d'être affectés par la syphilis constitutionnelle que les os et le périoste; et ces derniers en sont plus promptement atteints que plusieurs autres parties, notamment les parties vitales, qui, peut-être, ne sont pas du tout susceptibles de cette maladie. »(Œuvres compl. t. 2, p. 160). Ce que Hunter avait établi pour les poisons du règne animal, l'école italienne l'a prouvé pour les poisons et les médicaments des règnes minéral et végétal; c'est en cela que consiste l'action dite *élective*. MM. Flandin et Danger viennent d'y ajouter la démonstration chimique à l'égard de certains composés minéraux seulement, et nous sommes obligé de faire constater que le docte inventeur du prétendu arsenic normal, qui croit avoir tant fait (voyez le journal *la Presse*), est resté tout à fait étranger à ces études.

— Circulaire administrative. L'administration des hôpitaux vient de faire recommander aux chefs de service d'être réservés dans la prescription de l'iodure de potassium, attendu le prix élevé que cette drogue a acquis depuis quelque temps dans le commerce. Le prix s'est, en effet, élevé à 80 fr. le kilog. Cela tient à l'enchérissement de l'iode, par suite d'une sorte de coalition, dit-on, des maisons qui fournissaient la place de Paris.

— Lettre sur l'action hyposthénisante du seigle ergoté; par M. Espezel, D. M., Broch. de 61 pages.—Mémoires de médecine, *de chirurgie et de pharmacie militaires*, tomes 53, 54, 55.

PARIS.— IMPRIMERIE DE LACOUR ET COMP.,
Rue Saint-Hyacinthe-Saint-Michel, 33.

Deuxième Année. Ce Journal paraît le Ier de chaque mois. N° 8. — novembre 1844.

ANNALES DE THÉRAPEUTIQUE

MÉDICALE ET CHIRURGICALE

ET

DE TOXICOLOGIE.

PUBLIÉES PAR

M. le Docteur ROGNETTA,

Ancien Rédacteur de la *Gazette Médicale* et de la *Gazette des Hôpitaux*.

Cette publication a pour but d'approfondir l'étude des Médicaments, des Poisons, des Eaux minérales, et de faire connaître avec exactitude la Pratique des Hôpitaux de Paris.

REVUE MENSUELLE DES HÔPITAUX.

L'abonnement est de
Pour Paris. . . 10 fr
Pour la Province 12
Pour l'Étranger. 14

On s'abonne à Paris,
Chez
LE RÉD. EN CHEF,
Rue des Petits-Augustins, 15 bis.

« Pour moi, je crois qu'un seul homme peut embrasser toutes les parties de l'art; et, puisqu'on les a divisées, je » fais surtout cas de celui qui réunit le plus de connaissances qui le concernent. »

(Celse, liv. 7. c. 1.)

ÉTUDES SUR LES EAUX MINÉRALES.

« Les eaux minérales sont une richesse dont on doit compte à l'humanité.
» Alibert. »

Des effets physiologiques des bains de mer; *par M. le docteur Gaudet, médecin inspecteur des bains de mer à Dieppe* (1).

§ Ier Effets immédiats. — Nous ne décrirons point minutieusement tous les phénomènes physiologiques que l'organisme présente sous l'influence de l'impression première des bains de mer, parce qu'ils ont été étudiés partout où l'on traite des effets immédiats des bains d'eau froide. Le plus important des phénomènes à considérer chez le baigneur, comme on sait, c'est le sentiment du froid, c'est le frisson qui se fait sentir en entrant, se dissipe bientôt et revient après un temps variable (frisson secondaire). Les individus nous ont offert, sous ces rapports, de telles différences, que nous avons cru intéressant de les classer ici en catégories, suivant la mesure de leur sensibilité à l'action immédiate du bain de mer et la mesure de résistance qu'ils opposent à son impression secondaire. L'intensité de l'impression première et instantanée, et l'intervalle de temps qui la sépare de la seconde, établissent entre les baigneurs une sorte d'échelle de tolérance individuelle, laquelle peut servir à déterminer quelquefois, d'une manière précise, la durée qu'on doit donner aux bains de mer et aussi l'efficacité qu'on peut en attendre.

Les uns n'éprouvent presque aucune impression en entrant dans la mer; leur visage ne se décolore point et leurs traits restent calmes. Ils peuvent demeurer une demi-heure à une heure dans l'eau, surtout s'ils se livrent à la natation, sans resssentir le frisson secondaire. Cette classe se compose d'individus jeunes, adultes, sains et vigoureux, caractérisés par l'embonpoint ou un développement marqué du système vasculaire périphérique, et des individus qui ont l'habitude des bains froids domestiques ou des bains de rivière. Beaucoup de jeunes personnes, envoyées de Paris, se trouvent dans ce dernier cas; il y a lieu d'être frappé de l'insensibilité qu'elles opposent au froid de la mer, aussi bien que de la promptitude des phénomènes réactifs, dont leur peau est le siége. Les autres, au contraire, parmi lesquels se trouvent le plus grand nombre de baigneurs, ressentent une vive impression de froid, accompagnée de saisissement général et de suffocation ou de constriction suffocante du thorax et de l'épigastre. Cette sensation oppressive varie beaucoup dans ses caractères et dans son siége; des individus l'éprouvent à la poitrine, en haut ou en bas du sternum; d'autres à l'abdomen, au milieu de l'épigastre ou dans le trajet qui semble appartenir aux attaches diaphragmatiques; quelques-uns, indépendamment de ces diverses formes de l'impression thoracique, ressentent encore le froid à quelque partie isolée, comme aux lombes, aux pieds, etc. Chez ces baigneurs le visage pâlit, les traits se contractent et le refoulement sanguin de la périphérie au centre, occasionne des vertiges, des palpitations, un sentiment de chaleur interne de poitrine ou une légère quinte de toux. Ces modifications organiques cessent plus ou moins promptement, et sont suivies même d'un état de bien-être. Dans cette catégorie le second frisson est très sujet à varier dans le moment de son invasion; le temps qui le sépare du premier dure depuis cinq jusqu'à dix minutes et même un quart-d'heure. Ceux que ce frisson secondaire atteint le

(1) Extrait de l'intéressant ouvrage que l'auteur vient de publier sous le titre de : *Recherches sur l'usage et les effets hygiéniques et thérapeutiques des bains de mer.* Un vol. in 8° de 421 pages. Paris, 1844. Chez Just Rouvier, libraire, rue de l'École-de-Médecine, 8.

plus tard, sont, en général, des adultes ou des jeunes gens bien portants; ceux qui l'éprouvent après quelques minutes sont des individus affaiblis par une vie sédentaire, par des souffrances passées ou actuellement existantes, etc., ou des individus habitués de longue date à des bains domestiques très chauds.

Dans ces deux premières catégories, l'impression de l'air extérieur est presque nulle en sortant du bain; la réaction se fait franchement, et son intensité est proportionnée à l'énergie des forces vitales. La plupart des baigneurs ont le visage calme et non trop coloré, et éprouvent un sentiment de chaleur générale à la périphérie du corps; leur tronc se montre rouge par places, et quelques adultes sanguins sont même couverts, en quittant la mer, d'une rougeur vive, vergetée, accompagnée de chaleur intense. Nous avons observé déjà plusieurs fois, chez de tels individus, un *raptus* sanguin vers la périphérie. Ce rapide et considérable déplacement du sang amena toujours un état de syncope complet (défaillance, perte de connaissance, puis après, pâleur, courbature, etc.). Il est très ordinaire de voir les baigneurs, qui étaient courbaturés par un exercice immodéré ou le relâchement de l'utérus, ou mal disposés, sous l'influence du froid de la plage et d'un sentiment de lassitude aux jambes, ou fatigués par l'exercice d'une nuit passée à jouer, à danser ou à souffrir de migraine ou d'odontalgie, accuser immédiatement, en sortant de la mer, un surcroît d'appétit, un sentiment de bien-être, et de restauration, et une énergie musculaire inaccoutumée, qui dure une partie de la journée. Ils se levaient accablés, la figure défaite, les yeux rouges, les paupières gonflées, etc.; la mer a changé leur disposition actuelle; le visage a perdu son expression d'abattement, et la vascularité capillaire y est revenue. Il semble à quelques-uns que la poitrine se dilate plus amplement; un adulte disait ressentir à l'intérieur une sorte de fraîcheur et de ventilation. Ceux qui ont habituellement la circulation très active, éprouvent un peu de céphalalgie sus-frontale, des vertiges ou quelques bourdonnements d'oreille; la céphalalgie des individus nerveux disparaît en sortant, au contraire. Les enfants qui ont conservé une grande vitesse de la circulation, et une grande variation dans cette vitesse, voient leur pouls se ralentir. Un enfant de 9 ans arriva ainsi, dès le premier bain, de 140 pulsations à 100; au cinquième bain, le pouls était à 88, et ce taux se maintint définitivement, parce que chaque jour vint ajouter à la somme des forces acquises.

Après s'être habillés, ces individus éprouvent à la surface cutanée, et quelquefois sur une partie isolée, comme le thorax, l'un des côtés de la tête, le scrotum, un sentiment de chaleur agréable, brûlante ou même cuisante, tandis que la peau de toutes ces parties donne à l'observateur une sensation de fraîcheur. Ce phénomène de réaction, quant à sa promptitude et à son intensité, est en raison directe de la moindre durée du bain, et aussi de certaines conditions individuelles. Ainsi, la réaction est prompte et énergique chez les sanguins; elle est rapide dans l'enfance, et plus lente chez les lymphatiques et les chlorotiques; elle est ordinairement longue à s'établir chez les nerveux de tout âge, les gastralgiques, par exemple, et quelquefois nulle chez des femmes éprouvées par des chagrins profonds. Il faut ajouter ici que la réaction s'apprend en quelque sorte; car il est habituel de la voir augmenter graduellement chez les individus, à mesure qu'ils avancent dans la saison. Il est des baigneurs qui ont absolument le besoin de marcher pour se réchauffer; d'autres conservent quelque temps l'une des mains dans un état d'exsanguinité particulière, qu'on ne peut comparer qu'au premier degré de la congélation d'une partie du corps: il nous est arrivé, dans ce cas, de constater une différence notable dans le calibre de l'artère radiale de ce côté, comparée à celle du côté opposé. Parmi les enfants, ceux qui sont trop jeunes ou trop infirmes pour marcher ne s'en réchauffent pas moins de suite; mais ils sont sujets à se refroidir après, et conservent souvent longtemps les extrémités froides. Nous rencontrons, de temps en temps des enfants qui sortent toujours du bain le plus court avec la mine un peu bleuâtre et un certain grelottement; la réaction se fait chez eux néanmoins; on dit communément qu'ils n'ont qu'une espèce de frisson nerveux. Enfin, chez tous, il y a telle cause passagère qui peut entraver accidentellement la venue des phénomènes réactifs. Un enfant qu'on avait laissé jouer avec les pieds nus sur le sable du rivage avant d'entrer au bain, en sortit bleu et grelottant, contre son habitude de tous les jours. Une femme faible, assez réagissante d'ordinaire, étant restée fort longtemps dans son costume tout mouillé, eut, au lieu de réaction, les lèvres violacées et le doigt auriculaire de la main gauche exsangue. Ces effets de réaction après le froid, avaient été connus par Hippocrate (*De prisca medicina*), et il les opposait fort judicieusement au refroidissement de la peau, qui succède aux bains chauds.

Quelques baigneurs sont saisis en entrant dans la mer par un sentiment de froid très vif qui leur arrache des cris, colore bientôt leur visage d'une teinte violacée, et altère profondément leurs traits; ils perdent leur frisson pour le voir revenir au bout de trois à quatre minutes; tantôt ils restent dans l'immobilité, en proie au malaise et aux angoisses de ce frisson primitif, pendant tout le temps de leur séjour dans l'eau, d'où ils sortent en grelottant, en horripilant de tout le corps et en claquant des dents. Il n'est pas rare que ces baigneurs conservent encore une certaine corrugation de la peau, un sentiment de froid général et une teinte violacée des lèvres, après avoir ingéré du vin chaud et sucré, avoir été frottés à sec et même frictionnés avec un liquide spiritueux, avoir pris un pédiluve chaud; s'être vêtus chaudement, et avoir marché. Les individus éminemment nerveux, les gastralgiques, les métrorrhéiques, ceux qui sont au moment d'une croissance rapide, ceux qui touchent à la vieillesse, et ceux qui viennent à la mer en sortant

de faire une saison aux eaux thermales, composent cette catégorie. L'idée de se baigner à la mer ne cesse de causer une invincible répugnance à ces personnes, même avant d'avoir débuté. Disons, à ce sujet, que c'est un moyen de tâter la susceptibilité individuelle, que d'étudier l'impression que les arrivants reçoivent de la vue de la mer, et du contact de l'air qui règne sur ses bords. Pourtant il faut savoir distinguer chez eux, ce qui est instinct, de la sensibilité ou simple pusillanimité. Un hypocondriaque vigoureux redoute le bain, parce qu'il en redoute les conséquences; car à ses yeux tout est danger, en ce qui regarde la santé; une fois sorti de la mer, il se rassure, quand il se retrouve sain et sauf après l'épreuve qu'il appréhendait. Un individu nerveux, au contraire, craint le bain à cause de la sensation de froid qu'il en attend; le lendemain et les jours suivants, cette impressionnabilité reste à peu près la même, parce que les conditions physiologiques d'où elle émane ne se peuvent modifier qu'à la longue.

Les enfants très jeunes pleurent, crient et se débattent violemment à leur début; mais ils finissent très vite par s'habituer à la mer et même par s'en faire un jeu. Il y a lieu de s'étonner souvent combien les enfants de la nature la plus chétive, arrivent facilement à supporter la première impression des bains froids, et combien elle est suivie chez eux d'une suffisante réaction. Pourtant, il en est quelques-uns, qui ne se soumettent jamais de bonne grâce, et même avec lesquels il faut user chaque jour de quelque contrainte. Il est ordinaire, sans doute, que l'habitude aidée de la volonté ferme et constante des parents, parvienne à surmonter ce degré de résistance; mais il ne faut pas se dissimuler qu'il est des enfants qui opposent des difficultés à chaque tentative qu'on fait pour les mener à la mer, et qui font naître cette question dans l'esprit du médecin : y a-t-il urgence de faire cesser les bains de mer à de tels sujets? Il s'est offert à nous quelques exemples rares qui ne s'élèvent pas à plus de trois ou quatre dans le cours d'une observation de dix années, à l'occasion desquels une sorte de violence répétée à chaque bain, nous a semblé pouvoir amener de graves inconvénients, et dans lesquels la prudence nous a fait opérer par la suspension absolue des bains, malgré l'utilité que ces moyens promettent à l'état de la santé des enfants. Les cas sont donc rares, où de bonnes raisons portent à conseiller l'abandon des eaux de mer : néanmoins, nous avons tous les ans maintes occasions de blâmer la tendresse des mères qui, en s'alarmant de la moindre résistance de leurs enfants, et en fléchissant dès le début, les privent du bénéfice souvent précieux d'une saison.

Enfin, un petit nombre d'individus, en vertu d'une idiosyncrasie particulière, ne peuvent supporter les bains de mer. Les bilieux spécialement s'en trouvent mal quelquefois; il semble qu'il y ait dans leur peau trop peu de cette vitalité propre à réagir contre les divers modes d'action de l'eau salée. Une dame bien constituée et assez bien portante fut pendant trois jours de suite retirée du bain dans un état complet de syncope; elle fut en proie, les jours suivants, à une agitation nerveuse caractérisée par des douleurs générales, par des crampes aux poignets et par de l'insomnie, et accompagnée d'un gonflement particulier des veines sous-cutanées des extrémités. Dans toutes les catégories précédentes, le bain, à température égale, paraît plus froid, et son impression instantanée est plus vive dans les temps où la mer est calme que dans ceux où elle est agitée par des vagues Ainsi, une mer très forte, encore qu'elle se rencontre avec le refroidissement de l'atmosphère, fait paraître le bain très bon : ce qui tient à la fois à la percussion du flot et à ce que l'atmosphère a pu se refroidir, sans que la température de la mer se soit mise en équilibre avec la sienne. Chez tous les baigneurs aussi, le développement exagéré des phénomènes impressifs du bain peut tenir quelquefois à un état présent de la santé, qui pourra cesser le jour suivant et ne plus entraîner qu'une partie de ces phénomènes. L'habitude du bain fait le plus souvent que ces phénomènes de l'impression première ne se montrent plus ou s'amoindrissent dans une notable proportion. C'est surtout chez les chlorotiques qu'on voit combien l'habitude modifie promptement la répugnance que les baigneurs apportent en arrivant. Enfin, la natation a pour effet d'abréger la durée du frisson primitif, et de retarder l'invasion du frisson secondaire. De ce qu'il précède, il résulte que le bain de mer étudié sous le rapport de l'impression qu'il fait éprouver au corps, comme moyen réfrigérant, offre, selon les cas, une foule de conditions dont il est nécessaire de tenir compte dans l'application de cet agent hygiénique et thérapeutique.

§ II. Effets consécutifs. — Ces phénomènes, qui sont très variés, quant à leur nature et leur intensité, se font sentir plus ou moins de temps après le bain de mer, quelquefois même assez tard dans le courant de la journée. Ils touchent aux effets physiologiques précédents, car ils n'en sont que la conséquence, et aux effets hygiéniques et thérapeutiques dont ils sont pour ainsi dire les prodrômes. Le plus grand nombre des baigneurs éprouvent, après les premiers bains, un certain degré de lassitude générale, d'accablement du corps et de la pensée, de paresse à marcher ou d'engourdissement et de somnolence au milieu du jour, surtout après le repas; pendant la nuit, leur sommeil est plus profond, plus lourd que de coutume. Malgré cette fatigue, on voit le plus souvent, après quelques jours, leur teint se vascülariser et les phénomènes de collapsus nerveux disparaître et faire place à des phénomènes contraires de l'état physique et moral. Cette lassitude est portée, chez d'autres, à un plus haut degré, à tel point, parfois, que leur instinct les porterait volontiers à renoncer aux bains, si on ne les encourageait à continuer. Elle s'accompagne d'une sensation de brisement des membres qui les oblige à se coucher, d'étouffements qui se renouvellent de temps en temps, d'un sentiment d'oppression sternal,

durant une partie de la journée, de battements ou élancements, et même d'une sensation contusive à la région précordiale, chez ceux qui en souffrent habituellement ; les traits du visage expriment la fatigue, les yeux se cernent, et les paupières s'injectent légèrement ; une céphalée circonscrite ou des étourdissements nerveux, ou certains phénomènes d'un mouvement ascensionnel du sang vers la tête, se développent ; et, dans ce dernier cas, si les baigneurs lisent ou écrivent , ils voient voltiger des étincelles devant eux. Dans l'odontalgie actuellement existante, il n'est pas rare qu'il se joigne un *molimen* fluxionnaire des gencives et des ganglions sous-maxillaires correspondants. Les otalgiés habituelles s'exaspèrent. La sensibilité des ganglions mammaires se réveille, ainsi que celle de l'utérus. L'appétit augmente le plus souvent ; un certain degré de constipation succède à l'état présent des selles, qu'elles soient régulières ou trop relâchées, et il s'établit fort souvent un *molimen* hémorrhoïdal chez ceux qui y sont sujets. Le sommeil de la nuit est agité et entrecoupé de reveils, de crampes, de rêves érotiques ou d'une irritation de la vessie qui peut aller jusqu'à l'ischurie et à la douleur du col vésical à la fin de l'excrétion. Enfin , il survient à la surface du corps des démangeaisons, des chaleurs erratiques et diversement localisées et des sueurs partielles ou générales.

Pour revenir un instant sur la congestion sanguine de la tête qui est peut-être le plus fréquent de tous les phénomènes consécutifs des bains de mer, disons que la différence est grande entre les enfants et les adultes, sous le double rapport de la facilité à se congestionner et de l'innocuité de cet accident, quand il existe. Les enfants rougissent, il est vrai, mais sans chaleur, ni douleur, ni étincelles devant les yeux ; les adultes, au contraire, n'éprouvent pas la congestion à un certain degré, sans en ressentir toutes les conséquences, lesquelles se montrent très variées chez eux. Les phénomènes de la congestion s'accusent indistinctement, chez les adultes, par la rougeur du visage ; accidents, qu'en raison de leur intensité et de leur persistance, on peut être conduit rationnellement à combattre par une saignée générale. Les effets physiologiques médiats, même quand ils ne sont pas à leur *summum* d'action, peuvent cesser graduellement d'eux-mêmes, à mesure qu'on avance dans la saison, ou bien ne s'affaiblissent, qu'autant qu'on s'est décidé à restreindre à leurs dernières limites les diverses conditions des bains. Chez quelques rares baigneurs, ils persistent, jusqu'à un certain point, pendant toute la durée de la saison : ainsi nous avons rencontré de ces personnes qui ne parvenaient jamais à se débarrasser entièrement d'une certaine fatigue musculaire, d'un sommeil agité, d'un degré d'anorexie, etc. Les phénomènes physiologiques précédents s'observent tous les jours, à la suite de bains de mer, pris avec la durée la plus rationelle et avec les conditions les plus favorables de la mer; mais il se montrent bien plus nombreux et bien plus prononcés, si la mer est agitée et surtout si le bain a été trop prolongé. Dans ce cas, il se joint presque sûrement à la congestion céphalique, surtout chez les personnes impressionnables, tantôt des maux de tête , tantôt des crampes ou de la pésanteur gastrique; d'autres fois, des douleurs vertébrales ou utérines, ou divers troubles nerveux. De jeunes personnes débiles ont eu, en sortant d'un bain trop long, par une mer forte, des vomissements avec douleurs épigastriques et réaction fébrile prolongée. Une dame pâle, d'âge adulte, éprouva, après un premier bain pris par des vagues très fortes, des soulèvements gastriques, des mouvements galvaniformes des membres et un allanguissement notable des fonctions digestives; après quelques jours de repos, elle reprit son bain dans d'autres conditions, et n'éprouva aucun accident semblable.

Conjointement avec tous ces phénomènes, il en est deux autres qui se constatent chaque jour et dont nous n'avons pu trouver l'explication rationelle : 1° chez les baigneurs, les cheveux se montrent rudes et secs, ou ils se conservent mouillés toute la journée, comme s'ils absorbaient l'humidité de l'atmosphère. C'est à ce dernier état, qui nuit singulièrement, du reste, au traitement des personnes qui sont affectées de certaines céphalalgies, qu'il faut attribuer l'opinion qu'on trouve souvent repandue, que les bains de mer blanchissent les cheveux ou hâtent leur chute. Les écrivains allemands ne croient pas à cette action, et nous avons nous-même mille raisons de la mettre en doute ; 2° Quelques baigneurs éprouvent une onctuosité habituelle à la surface de la peau, qu'ils comparent à celle des poissons nouvellement tirés de l'eau ; d'autres ont habituellement la peau sèche. Ces différences tiennent-elles à la mesure dans laquelle les bains de mer augmentent la perspiration cutanée chez les individus ? Nous serions portés à le croire. Ce tableau général des effets consécutifs propres aux bains de mer ne serait pas complet, si nous passions sous silence une série d'autres phénomènes physiologiques qui se retrouvent aussi, mais moins constamment chez les baigneurs, et qui sont pour la plupart, des états pathologiques plus ou moins analogues à certaines maladies qui ont leur place dans le cadre de la nosologie.

Les enfants de tout âge, plus particulièrement les enfants nerveux ressentent assez souvent une excitation morale qui s'annonce par l'irritabilité du caractère, la taquinerie, la turbulence, l'inégalité de l'humeur, etc. Quelques-uns, plus intelligents, ont conscience de cette modification nouvelle et ne peuvent la surmonter. Floyer disait déjà que les bains froids rendaient le caractère fougueux.

Un certain nombre de baigneurs, d'estomac peu énergique, les hypocondriaques surtout, soit par le fait seul de l'habitation des côtes, soit par l'usage des bains de mer, soit enfin par la satisfaction donnée trop copieusement à la fonctionnalité exagérée de leur estomac, éprouvent une sorte d'embarras gastrique qui se caractérise diversement, et dont voici les traits principaux. Langue blanche, souvent très enduite dans sa totalité, inappétence, sentiment d'une barre ou d'une gêne de l'épigastre après le repas, certain

degré de sensibilité dans cette région, réjection des *ingesta* très rare, frissonnements erratiques, moments de chaleur cutanée, courbature, constipation, sensations cephaliques, tristesse, nuits troublées. Un laxatif répété suivant le besoin et parfois un vomitif, sont les meilleurs moyens de combattre cet état morbide. Des bouillons et des *potus* délayants, des bains tièdes et des bains de mer pris avec discrétion achèvent ordinairement la guérison. C'était pour prévenir un accident pareil, que Floyer faisait toujours précéder les bains froids par l'usage d'un moyen cathartique.

L'action des mêmes causes se montre d'autres fois sous la forme de dérangements intestinaux, et certaines années semblent les présenter beaucoup plus souvent que les embarras gastriques; on peut les attribuer avec quelque certitude à l'influence d'un air vif et froid, réunie aux modifications imprimées à la fonction perspiratoire, par le contact journellement répété d'un milieu liquide à basse température. Qui ne sait que, dans cette circonstance, la diminution ou la suppression de la perspiration cutanée doit mettre en action cet antagonisme connu de la peau et de la surface intestinale, d'où résulte habituellement la sécrétion plus abondante des organes folliculaires. L'appétit excessif qui se manifeste chez ceux qui se baignent à la mer, ou qui, sans se baigner, séjournent sur ses bords, contribue encore plus efficacement peut-être à la fréquence des diarrhées. Les baigneurs cèdent presque toujours à ce désir excédant, et comme les fonctions digestives n'ont pas acquis, dans une proportion relative, la faculté de digérer, l'indigestion croissante des matières alimentaires entraîne souvent ce genre d'accident.

Il n'est pas rare que le bain de mer amène, pendant un ou plusieurs jours, une douleur dans l'une des expansions nerveuses de la face, ou une douleur articulaire chez les individus où aucun antécédent ne pouvait faire croire à l'existence d'un rhumatisme. Des personnes qui avaient commis la faute de venir aux bains de mer, en quittant les eaux thermales, nous ont offert plusieurs fois l'exemple de ces douleurs. La stimulation de la surface cutanée, ou mieux les phénomènes de réaction, dont la peau est le siége, à la suite des bains de mer, donnent lieu souvent à un certain degré de phlogose des exutoires et au tarissement de leur suppuration. La même action entraîne tantôt des démangeaisons sans éruption de la surface cutanée et tantôt des éruptions anomales de plusieurs espèces. Ces éruptions apparaissent ordinairement après chaque bain, cessent dans le cours de la journée, et persistent avec cette marche, pendant quelques jours seulement ou jusqu'à une époque plus ou moins avancée de la saison. Elles finissent quelquefois par se concentrer sur une partie isolée du corps, sous une forme qui souvent n'est plus celle de l'éruption primitive; d'autres fois elles sont continues sous le rapport de leur marche et de leur caractère, durent de deux à cinq jours et finissent par une véritable desquammation. Ces modifications physiologiques propres à la peau, simulent parfois assez bien les exanthèmes naturels. Elles sont non rarement accompagnées de malaise et de frissons dans la journée, d'une agitation générale et d'insomnie pendant la nuit, puis de céphalalgie, de sueurs, de démangeaisons, de picotements incommodes, de cuissons, de chaleur cutanée, avec mouvement fébrile et vomissement. Elles parcourent ordinairement leurs périodes pendant les cinq ou six premiers jours de bains de mer, affectent de préférence les enfants lymphatiques, à peau blanche et à cheveux blonds, les jeunes gens, les adultes forts et sanguins et tous les individus qui ont les veines superficielles dilatées, s'observent assez peu chez les femmes, et se développent de préférence autour du cou, sur les membres supérieurs, sur les parties antérieures, postérieures et latérales du tronc, sur l'un des hypocondres surtout, et plus rarement sur l'abdomen que sur le thorax, où elles donnent lieu à une sensation de bridement qui n'est qu'incommode.

Ces éruptions cutanées consistent, tantôt en plaques rouges rubéoliformes, parsemées de quelques élévations vésiculeuses, ou en de simples macules semblables à une piqure de puce, tantôt en une rougeur scarlatineuse uniforme, dont la teinte rouge disparaît sous le doigt, décroît du centre à la circonférence ou se termine brusquement par des bords anguleux. D'autres fois, l'éruption du bain imite en quelque sorte le prurigo. Un enfant eut derrière les lombes des vésicules blanches suppuratives, de la grosseur d'un grain de millet, dont la base était entourée d'une auréole rouge qui se réunissait avec celles des vésicules voisines. Des boutons miliaires, mais sans aucune trace de suppuration, ont existé, une fois, sur le front, sur le cou et le dos; une autre fois, sur la poitrine et l'abdomen, et dans ce dernier cas ils ressemblaient à ces papulo-vésicules, que fait naître sur la peau un emplâtre de poix ou le séjour prolongé d'un cataplasme émollient. Cette espèce d'éruption est particulièrement observée aux bains de mer d'Allemagne où elle est connue sous le nom de *miliaire du bain* (badefriesel). Une éruption pustuleuse avec des caractères variés, s'établit assez souvent sur la face dorsale des mains et des doigts chez les baigneurs, et y cause des démangeaisons assez vives au moment de la dessiccation.

Des baigneurs ont eu, après un petit nombre de jours, de véritables pustules suppuratives, semblables aux grains les plus petits de la varicelle; l'*urticaria* s'observe très communément aux bains de mer; elle est une des éruptions les plus promptes à venir et à disparaître. Un adulte eut, en sortant de son deuxième bain, une urticaire qui se prolongea une partie de la journée et ne reparut plus les jours suivants. Un jeune homme, ayant subi un traitement syphilitique l'année précédente, vit son corps, après deux bains de mer, se couvrir instantanément de plaques d'urticaire cuivré, et des aphthes couvrir son palais. Ces accidents disparurent très vite. Il survint chez un baigneur, sur les parties latérales du visage et aux limites du cuir chevelu, une multitude de plaques herpétoïdes, furfuracées qui se desséchèrent et se desquammèrent avant de cesser entièrement. De véritables furoncles se développent fréquemment sur les grandes lèvres chez les femmes. Une série de ces furoncles, disséminés sur la partie postérieure du tronc, semblèrent avoir un caractère de dépuration salutaire, chez une petite fille éminemment scrofuleuse; l'on voit souvent quelques *favus* aux enfants atteints

de scrofules. Les baigneurs qui ont des éphélides au visage, les voient en général s'éxagérer, sous le rapport du nombre et de la coloration. Chez quelques autres, une partie du visage, tantôt le front, tantôt les joues, se couvre de taches rouillées, sortes d'éphélides qui ressemblent au masque des femmes enceintes. Ces taches sont-elles un effet de l'évaporation de la couche d'eau de mer dont le visage est couvert? cela est possible. A quelle modification tient ce *pigmentum* de nouvelle formation? nous ne saurions le dire. L'expérience prouve qu'elles disparaissent avec la plus grande facilité, mais après la saison seulement.

Les éruptions du bain, s'associent souvent entre elles chez le même individu, soit qu'elles existent simultanément, soit qu'elles se développent l'une après l'autre, durant le cours de la saison. C'est ainsi que nous avons vu coïncider la pseudo-scarlatine et une éruption d'apparence eczèmateuse, chacune affectant son siége et son caractère particuliers. Deux enfants eurent sur la joue et le bras gauche des vésicules, et sur le poignet et la jambe du même côté, ainsi que sur l'abdomen, des plaques d'*urticaria*, accompagnées d'un prurit très vif. Une urticaire, aussi bien caractérisée que l'urticaire spontanée, précéda d'un jour l'apparition des plaques roséoliques. Une petite fille de quatre ans nous montra successivement, durant le cours d'une saison complète, un bouton d'apparence furonculaire et une foule de boutons varicelloïdes plats et remplis d'un pus roussâtre, sur le visage, le ventre et le dos; chez le frère de cet enfant, un liquide de même couleur remplissait des vésicules pemphigoïdes, siégeant en avant et en arrière du tronc, lesquelles furent remplacées trois jours après, par des *vibices* élevées, allongées dans le sens transversal du corps et répandues sur le front, les tempes et sur les limites du cuir chevelu.

Cette super-action de la peau, sous l'influence des bains de mer, accélère encore la marche des éruptions aignës, qui sont familières aux baigneurs. Un jeune garçon avait de temps en temps, sur différentes parties du tronc, des boutons discrets qui duraient trois ou quatre jours; en prenant des bains de mer, parcouraient leurs phases ordinaires en deux jours. Parmi les baigneurs qui nous présentent chaque année de ces éruptions, ceux qui viennent du nord de l'Europe sont très nombreux; nous en avons rencontré plusieurs qui avaient pris déjà les bains de mer et qui en avaient éprouvé les mêmes effets. Dans ces cas, nous étions certains, dès les premiers jours, de voir apparaître un état de la peau, de caractère éruptif. La constitution et les habitudes des peuples de la zone septentrionale les rendent très aptes à recevoir de la mer ces apparitions de la surface cutanée; en effet, d'après les médecins allemands, ces phénomènes physiologiques de la peau semblent se montrer beaucoup plus souvent dans leurs bains que dans les nôtres.

La mesure suivant laquelle on doit régler l'emploi des bains dans toutes ces éruptions, est établie d'après l'état des nuits ou celui du pouls. S'il y a insomnie, excès de démangeaison ou mouvement fébrile, on doit les suspendre et conseiller un ou deux bains d'eau simple, frais, d'un quart d'heure de durée, et quelques boissons délayantes: sinon, il est sans inconvénient de continuer la pratique de la mer. On voit alors arriver l'un de ces deux cas: ou l'éruption disparaît à chaque bain, pour revenir quelques heures après avec un degré décroissant de jour en jour, ou elle s'éteint brusquement. Ces modifications de l'enveloppe cutanée se sont continuées, dans quelques cas, bien au-delà de l'usage des bains de mer. On a vu une série de furoncles s'établir, durer encore plusieurs mois après la saison et concourir à faire disparaître complétement, chez un baigneur, des spasmes gastriques habituels, et améliorer l'état de la vue chez un jeune homme soupçonné d'une amaurose au début.

DOCUMENTS HYDROLOGIQUES.

De l'élément bitumineux des eaux minérales. — Un grand nombre de sources thermales présentent un goût plus ou moins prononcé de bitume, de pétrole ou d'huile de naphte, comme on l'appelle. Les anciens y attachaient une grande importance au point de vue thérapeutique, et ils en avaient fait une condition caractéristique. Hippocrate, Galien, les médecins arabes, les auteurs postérieurs, jusqu'au 17e siècle, parlent tous de sources bitumineuses comme d'une classe énergique d'eaux minérales. Les modernes, cependant, n'y ont attaché aucune importance; ils regardent même l'odeur ou le goût de bitume, comme une condition accidentelle, fâcheuse, surtout dans les eaux qu'on prescrit pour l'usage interne, et l'on ne trouve dans aucune analyse chimique une appréciation quelconque de cet élément minéralisateur. Un travail d'un grand intérêt, cependant, vient d'être publié sur ce sujet en Italie, par M. Ragazzini, professeur de chimie à l'université de Padoue. Chargé officiellement par l'Archiduc du royaume lombardo-vénitien d'analyser l'eau minérale la plus bitumineuse qu'on connaisse, celle des célèbres thermes d'Eugano ou d'Abano, situées à trois lieues de Padoue, M. Ragazzini s'est livré à une suite d'expériences, remarquables par leur précision et surtout par leurs résultats scientifiques et pratiques. L'ouvrage que l'auteur vient de publier est digne de l'attention des hydrologues (*Nuove richerche fisico chimiche, ed analisi delle acque terminali* Eugan; Broch. in 8°, 136 pages, Padoue 1844). Nous allons en donner la substance, et ce que nous dirons de ces sources sera, sans aucun doute, applicable à toutes celles de France ou de l'étranger qui présentent le même caractère.

Rappelons d'abord que, quelle que soit la profondeur à laquelle l'élément bitumineux ou naphteux s'ajoute à l'eau minérale, il n'est que suspendu dans le liquide, car il n'est pas soluble. Si l'eau est thermale, il s'évapore pendant le refroidissement et s'échappe complétement, de sorte qu'on le sent dans les vapeurs disséminées dans l'atmosphère; et il disparaît tout à fait du liquide, pour peu que la température de celui-ci soit au dessus de 30° c. Si l'eau est froide, l'huile minérale vient nager à la surface. Lorsqu'on remplit cependant des bouteilles d'eau thermale bitumineuse, le liquide conserve son goût naphteux particulier; cela tient à ce que l'huile essentielle, en se concrétant par le refroidissement, s'attache aux parois du verre et est entrainée en-

suite mécaniquement quand on verse l'eau de la bouteille. Il suit de ces observations que, au point de vue thérapeutique, l'élément en question est presque perdu pour les baigneurs ; mais il ne l'est pas pour les malades qui respirent l'atmosphère de ces sources thermales, car la vapeur de naphte étant un peu plus pesante que l'air, ne s'élève pas à de grandes profondeurs, à moins que sa température ne soit très grande. Aussi les anciens avaient-ils pour pratique de faire respirer les gaz bitumineux des thermes à certains malades, et M. Ragazzini nous apprend qu'à Eugano on trouve encore des bancs spéciaux (*sedili*) autour des sources destinées aux malades que les médecins de Rome, du temps de César, envoyaient à dessein pour respirer ces torrents incessants de gaz bitumineux qu'ils regardaient comme un baume dans les maladies de poitrine, et que la nouvelle école dynamique considère, avec raison, comme tout à fait hyposthénisants.

Bien que depuis longtemps l'odeur bitumineuse eût été remarquée, il était réservé à M. Ragazzini d'en démontrer chimiquement la nature en la séparant des autres élements gazeux, en la concrétant sous forme d'huile de naphte, et en l'étudiant avec une grande habileté. Quand on approche des sources d'Eugano, dont la température est presque bouillante (86° c.), on se trouve dans une atmosphère d'une odeur bitumineuse agréable; cette atmosphère tombe sous forme de nuage ou de rosée analogue à de la neige sur les pierres du sol, pendant les temps froids ou les matinées un peu fraîches. En s'échappant du fond des puits, le gaz produit une sorte de bruit, de fracas effrayant, et vient former des bulles à la surface. On prévoit déjà que ce gaz doit se composer de plusieurs corps ; c'est à son analyse exacte que M. Ragazzini s'est attaché d'abord. Il décrit fort au long les procédés qu'il a mis en usage pour recueillir le gaz à sa sortie des sources, et pour l'analyser ; nous regrettons de ne pouvoir reproduire ces intéressants détails techniques qui sortent des limites de la spécialité de ce journal. Cent centimètres cubes de ce gaz se sont trouvés composés des éléments suivants :

Gaz acide carbonique	38
— Azote	60,90
— Sulfhydrique	00,50
Vapeur d'huile de naphte	00,50
Oxygène	00,10

La présence de l'huile de naphte a été constatée de plusieurs manières, et, en dernier lieu, elle a été liquéfiée et isolée en faisant passer le gaz minéralisateur à travers des tubes entourés d'un mélange réfrigérant, à une température de 14° au dessous de zéro, ce qui a fait précipiter l'huile sur les parois des tubes. Un autre fait aussi intéressant que nouveau dans les expériences de M. Ragazzini, c'est que le gaz sulfhydrique se trouve à l'état de dissolution dans la vapeur d'huile de naphte, et tellement absorbé par celle-ci, que l'odeur spéciale d'œufs pourris disparaît. Une expérience synthétique a démontré que, lorsque la quantité du gaz sulfhydrique restait dans les limites d'un volume égal à celui de la vapeur de naphte, l'odeur n'était pas sensible, celle du naphte l'emportant ; mais au dessus de cette proportion, le gaz se rendait manifeste. Cette observation permet donc de penser que toute eau sulfureuse n'est pas reconnaissable à la seule odeur, ni même à une analyse superficielle, puisque la présence du gaz sulfhydrique peut être masquée par une huile minérale. A Eugano, en effet, sa présence avait échappé aux analyses précédentes qui avaient été faites par plusieurs chimistes. Il s'ensuit également que désormais l'art connaît le moyen d'administrer le gaz sulfhydrique dans un état de solution aériforme à l'aide d'un volume égal de vapeur d'huile de naphte, ce qui en masque entièrement l'odeur désagréable. Disons, enfin, que les eaux, dont on a pu retirer de si notables quantités d'huile de naphte pure, sont, quant à leurs principes fixes, du genre des salines, et comme telles, elles sont en même temps richement pourvues d'iode et de brome. Leur goût, quant on les boit, est salé et un peu amer, à peu près comme le bouillon de poulet, dit l'auteur. Leur température 86° c., fait présumer qu'elles émanent d'une profondeur de 1740 mètres. Il est probable que le remarquable travail dont nous venons de rendre compte en provoquera d'autres du même genre en France. L'huile de naphte, surtout à l'état de vapeur, n'a pas encore été étudiée suffisamment au point de vue thérapeutique ; il y a apparence qu'elle jouit de propriétés énergiques ; en effet, ces vapeurs, respirées en abondance, ont produit des accidents tels que l'amaurose, des tremblements, des lipothymies, des faiblesses, etc. ; cela permettra peut-être, un jour, de faire une classe à part des eaux bitumineuses, et de rétablir ainsi la caractérisation des anciens. Il y a, selon nous, une certaine ressemblance entre les propriétés de l'huile de naphte et celles de la créosote.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Observations cliniques sur quelques maladies réputées vénériennes, *applicables à la médecine légale; par M. J. R. Cormack, médecin à l'infirmerie royale d'Edimbourg* (1).

Les praticiens sont souvent consultés dans des circonstances délicates, et au prix de leur responsabilité, sur la question de savoir si certaines affections soit des organes génitaux, soit de l'anus, soit de la peau ou d'autres parties du corps sont ou non, vénériennes. Des réponses légères ou erronées sont souvent faites à ces questions, tant devant la justice que dans la pratique privée ; moins peut-être par la difficulté que le sujet présente que par le peu d'attention qu'on fait généralement à certaines circonstances qui peuvent dévoiler sa véritable nature. Mon intention n'est pas de donner dans ce travail minutieusement tous les signes fournis soit par l'examen pathologique soit par les effets du traitement, lesquels peuvent éclairer les maladies suspectées d'origine vénérienne ; mais bien de mettre sous les yeux des praticiens un certain nombre de données cliniques capables de les mettre dans la voie de la solution du problème.

1. Gonorrhée. *A. Écoulements purulents des organes génitaux chez les petites filles.* — Un fait connu, c'est que des écoulements muco-purulents ou de nature catarrhale se rencontrent souvent aux organes génitaux des enfants des deux sexes, en particulier chez les petites filles, et offrant les apparences d'une maladie communiquée sans être pourtant vénérienne. Cette fréquence plus grande chez les petites filles tient à l'étendue plus considérable de la muqueuse vulvo-utérine et au peu d'abri que

(1) The Lond. and. Edimb. monthly jour. of med. sc. sept. 1840.

ces parties présentent à l'action des corps extérieurs, du froid et de l'humidité. Des faits de ce genre se rencontrent très souvent dans les hôpitaux et dans la pratique privée, surtout dans nos climats, et par suite de l'habitude qu'on a chez nous de ne vêtir les petites filles que légèrement, avec des jupes courtes et flottantes qui laissent inférieurement accès à l'air, et à l'usage chez le bas peuple de les laisser jouer dans la boue pendant les jours pluvieux. En voici trois exemples recueillis dans la pratique publique de notre collègue, le docteur Simpson.

1er. *Fait.* — A. B..., petite fille âgée de sept ans, appartenant à des parents honnêtes, après s'être exposée au froid et à l'humidité a été saisie de catarrhe bronchique, s'est plaint en même temps de chaleur en urinant. Deux ou trois jours après, un écoulement abondant de matières épaisses, blanchâtres, purulentes s'est déclaré par la vulve. Quand M. Simpson l'a vue pour la première fois l'écoulement était de couleur verdâtre; les parties étaient très tuméfiées et très vascularisées à l'extérieur. Des recherches minutieuses ont été faites pour savoir si l'enfant avait pu avoir contact avec un homme ou toucher d'une manière quelconque de la matière gonorrhéique, et il a été clairement démontré qu'aucune de ces circonstances n'avait pu intervenir pour donner naissance à la maladie. M. Simpson a fait appliquer des sangsues aux grandes lèvres pour combattre l'état aigu, ce qui a produit un bon effet; ensuite, des lotions avec une solution de sulfate de cuivre et une grande attention à la propreté ont amené la guérison.

2e *Fait.* — E. D...., petite fille âgée de deux ans, avait été séparée de sa mère à Bridewell, six semaines avant d'être malade. Elle a éprouvé d'abord une grande chaleur en urinant, puis un écoulement par les organes génitaux. Quand je l'ai vue, la matière était épaisse et d'un vert jaunâtre. Par suite de la séparation à laquelle sont assujéties les coupables dans cette institution, il est tout-à-fait impossible que l'enfant ait pu avoir contact avec un homme ni avec une personne quelconque qui serait affectée de gonorrhée, car les femmes chez lesquelles elle était ont été examinées et l'on n'a point trouvé de trace de maladie.

Dans le premier de ces cas, il y a toute raison pour conclure que l'action du froid et de l'humidité a été la cause de la bronchite et de l'écoulement des organes génitaux, puisque les deux maladies se sont déclarées en même temps et que les recherches les plus propres à découvrir une autre source ont démontré que cela était impossible La seconde malade a aussi présenté une toux légère, et il a été démontré que l'enfant n'avait pas été suffisamment garantie du froid et de l'humidité atmosphérique qui avaient été assez prononcés vers cette époque. En conséquence, la maladie a reconnu selon nous la même cause dans les deux cas. Dans le fait suivant on va voir un exemple de contagion produite par la matière d'une ophthalmie.

3e *Fait.* — Elisabeth J...., enfant scrofuleuse, âgée de deux ans et demi, a été reçue le 27 mars 1844, pour être traitée d'un écoulement muco-purulent, très abondant, à la vulve, et en même temps d'une ophthalmie purulente bilatérale, avec ulcération à la cornée du côté gauche. Elle présente sur sa tête des croûtes et des poux. Cette enfant avait été en traitement pour l'affection oculaire au Dispensaire ophthalmique, mais on ne l'avait pas soignée pour l'écoulement vaginal. Sa maladie lui avait été communiquée par une servante de mauvaise vie avec laquelle elle couchait et qui était affectée d'ophthalmie purulente. Chez l'enfant le mal s'était déclaré depuis six mois. On lui a prescrit un collyre de sulfate d'alumine et une lotion de sulfate de zinc pour les organes génitaux. Le 28 mars, collyre de nitrate d'argent. Le 29, pommade sulfureuse et iodée pour la tête. Le 1er avril, mieux sous tous les rapports, l'ulcère de la cornée est cicatrisé; on suspend le collyre. Le 3, l'écoulement des yeux a presque cessé; l'écoulement vaginal est moins copieux, il a perdu la teinte verdâtre; les croutes de la tête sont tombées et les insectes ont disparu. Le 9 avril, bien sous tous les rapports; l'écoulement vaginal est réduit à peu de chose. On continue les lotions et les injections dans le vagin avec une solution de sulfate de cuivre (un gram. pour 500 gram. d'eau). Le 16 avril, l'écoulement vaginal a cessé tout-à-fait; les yeux sont en bon état. L'enfant est congédiée guérie. Quelques mois plus tard, s'étant exposée au froid, l'écoulement vaginal a reparu et l'enfant est rentrée à l'infirmerie où elle a été de nouveau guérie.

Ces écoulements purulents se manifestent fréquemment chez les enfants scrofuleux à l'occasion de causes très légères; et quelquefois aussi sur d'autres, d'un tempérament moins irritable, pendant la dentition, ou des dérangements vermineux, et après l'usage de certains aliments ou médicaments! Ce fait a été constaté par des hommes d'une grande autorité, tels que A. Cooper, Hamilton et Underwood; il est d'ailleurs familier aux médecins qui se vouent au traitement des maladies des enfants. Des petites filles âgées de un à cinq ans, au teint scrofuleux, éprouvent souvent, à la moindre occasion, de la douleur, des démangeaisons aux parties génitales, par suite d'une irritation intestinale liée avec la dentition. Ces états, si on les néglige, se terminent souvent par des écoulements incommodes. Des lotions répétées de propreté, un liniment adoucissant, et intérieurement l'*hydrargirium cum creta* et la rhubarbe, ou d'autres médicaments appropriés à l'état des intestins, tels sont les moyens que j'ai trouvés le plus utiles dans ces occurrences. Sir A. Cooper, tout en appelant l'attention des élèves sur les erreurs de diagnostic qu'on commet communément à ce sujet, décrit l'affection non vénérienne dans les termes suivants. « Quand un enfant présente, dit-il, cet écoulement, il y a de la chaleur dans les parties, une légère inflammation, et cette inflammation s'élève quelquefois au point de devenir ulcéreuse. » Le docteur Underwood dit que : « Quand l'écoulement est très coloré et fétide il fait naître des soupçons contre lesquels les jeunes praticiens ne sauraient trop se tenir en garde. Il est en effet des exemples de petites filles, pas plus agées que de six ans, qui avaient été blessées et qui en ont imposé. Il en est d'autres, de jeunes personnes de treize à quatorze ans, qui offraient

des apparences très suspecte, et qui étaient pourtant parfaitement innocentes. Le plus léger soupçon, dans ces cas, peut les perdre et compromettre ou rendre malheureuses des familles honorables.» Underwood ajoute dans une note : « J'ai vu des écoulements de si mauvaise apparence et si fétides, accompagnés non seulement de vives douleurs, d'inflammation et d'excoriations en différentes parties, mais aussi de tumeurs, ou même d'un abcès dans la grande lèvre, que, si la patiente eût porté la moindre accusation, je crois que je n'aurais pas hésité à la soutenir; et pourtant, les circonstances et l'histoire de plusieurs cas de ce genre ont été telles, d'ailleurs, qu'il a été pour moi de la dernière évidence que ni blessure, ni contact vénérien n'étaient intervenus dans la production de la maladie » (Underwood, *Diseases of children*, vol. 2 page 123, 1819).

La fréquence des écoulements non vénériens étant si grande, il devient extrêmement important pour les praticiens de fixer leur attention sur les meilleurs moyens d'établir un diagnostic différentiel aussi positif ou aussi probable que possible ; et surtout pour être prêt à dire s'il existe ou non des signes physiques capables de faire distinguer les deux espèces d'écoulement entre elles. Le docteur Beck cite il est vrai, plusieurs cas dans lesquels le sort de l'accusé dépendait uniquement de l'opinion des hommes de l'art qui devaient décider si l'écoulement était ou non vénérien, mais il ne donne aucun signe certain à l'aide duquel cette différence pût être établie. M. Ryan, dont les conclusions sont souvent si légères, prétend que les praticiens qui ne peuvent distinguer l'écoulement spontané de celui qui dépend d'un coït impur, sont des ignorants; et il donne pour signe distinctif la violence de l'inflammation comme caractère propre à l'écoulement communiqué, mais il n'établit aucune règle pour guider les praticiens dans ce diagnostic délicat. Il ajoute néanmoins : « Personne ne niera que c'est un devoir impérieux d'analyser l'histoire de chaque cas; mais alors n'est-il pas juste d'éclairer aussi l'histoire d'un cas médico-légal sur lequel on demande notre opinion? Dans un cas présumé de viol, par exemple, nous sommes appelés à faire un examen convenable pour nous former une opinion aussi complète que les circonstances peuvent le permettre et d'après ce que nous avons observé; et probablement la valeur principale de notre observation consistera à corriger les autres témoignages qu'on suppose dictés par des motifs d'hostilité ou de compassion pour l'accusé. » Les remarques suivantes de Carmicaël, si elles sont exactes, ne sont pas à dédaigner, car elles donnent une règle certaine de diagnostic, ainsi que cela résulte de plusieurs cas détaillés dans cet écrit. « La circonstance de l'écoulement fourni par l'urètre constitue un des signes les plus importants de diagnostic différentiel, car ce caractère distingue la gonorrhée de la leucorrhée et d'autres écoulements des organes génitaux dans le sexe. Les autres signes du diagnostic sont l'inflammation, la chaleur en urinant, une couleur verdâtre communiquée au linge par la matière gonorrhéique, circonstances qui ne se rencontrent pas dans les autres écoulements » (p. 101). L'opinion de M. Taylor sur ce sujet est digne d'être citée : « Si l'enfant est atteinte de gonorrhée ou de syphilis, il est évident qu'elle a subi un commerce impur soit avec le corrupteur soit avec une autre personne; mais nous ne pouvons assurer, lorsqu'on demande notre opinion, que l'écoulement est de nature gonorrhéique ou simplement inflammatoire. Les parties que nous examinons peuvent déjà être débarrassées de la maladie, ou la présenter encore; mais alors nous devons trouver qu'elle s'est déclarée subitement avec les symptômes intenses ordinaires, et à une certaine distance de l'époque présumée de l'attentat, c'est-à-dire, de trois à cinq jours environ. Quand ces conditions n'existent pas, il est extrêmement difficile de se former une opinion incontestable, par la raison que nous n'avons pas de signes propres à nous faire distinguer les écoulements sporadiques de ceux qui sont gonorrhéiques. Dans ces occurences, il faut chercher les preuves en dehors de la médecine. »

B. Écoulements chez la femme adulte. — On sait qu'indépendamment d'un coït impur, plusieurs causes peuvent faire naître chez la femme un écoulement d'apparence gonorrhéique; on peut cependant se demander si les praticiens se tiennent assez sur leurs gardes quand il s'agit de prononcer sur des cas de cette nature chez des femmes dont la véracité peut être suspecte. Lorsque j'étais chargé d'un des services de l'hôpital d'Edimbourg (Lock hospital), j'ai observé plusieurs femmes qui portaient de ces écoulements par suite de l'action répétée du froid sur la muqueuse des organes génitaux. Je trouve dans mes notes les trois faits suivants qui se rapportent à ce sujet.

4e *Fait.* — Marie Grant, âgée de 20 à 25 ans, de belle constitution, après avoir été parfaitement guérie d'une gonorrhée, a été transportée de Lock-Hospital à Magdalen-Asylum. Bien que l'écoulement fût complétement arrêté, les parties étaient à peine plus vascularisées qu'à l'état normal, état qu'on rencontre souvent pendant quelque temps après la cessation de l'écoulement. Pendant trois semaines après son entrée à l'asylum, elle a été parfaitement bien portante et sans écoulement; mais alors s'étant exposée au froid en lavant du linge, elle a été saisie de nouveau de vaginite aiguë, et elle a été renvoyée à l'hôpital. A l'examen, elle a présenté exactement les mêmes symptômes que la première fois d'une gonorrhée aiguë très intense. Tout soupçon d'une nouvelle contagion a dû être écarté par la raison que la matrone du Lock l'avait accompagnée dans ses déplacements.

5e *Fait.* — Il y a quelques semaines, une dame mariée, mère de plusieurs enfants, convalescente d'une maladie grave, étant fatiguée et en transpiration, s'est assise pour se reposer sur un banc humide. Le lendemain, elle avait de la fièvre, mal à la gorge, douleurs générales, surtout au dos e aux genoux. Avec ces symptômes, elle a accusé un sent

ment de plénitude et de malaise à la vulve et dans le vagin. Deux jours après, quand je l'ai vue, elle offrait un gonflement aux grandes lèvres, et un écoulement vaginal abondant; le contact de l'urine dans toutes ces parties était brûlant. Le traitement a consisté dans l'usage de la diète, des antimoniaux et des fomentations répétées trois ou quatre fois par jour. Après que l'état aigu a été combattu, on a prescrit une lotion au sulfate de zinc (30 centig. par 30 gram. d'eau). L'écoulement n'est pas encore fini, mais il touche à sa fin.

6 *Fait.* — Miss..., jeune personne, âgée de 20 ans, dyspeptique et hystérique, suspectée de *luxuria digitalis*, a été reçue dans mes salles, il y a quelque temps. Parmi les autres maux, elle présentait un gonflement inflammatoire à la vulve, avec un état irritable des grandes lèvres, du vagin, du col utérin et un écoulement abondant. L'ampleur de la vulve et du vagin était remarquable pour une vierge, et l'état du col utérin l'était encore davantage. D'après l'avis du professeur Simpson, nous avons appliqué des sangsues au col, et intérieurement des remèdes toniques. Le cas a paru très obstiné, compliqué et assez particulier; aussi ai-je pris plusieurs consultations avec MM. Abercrombie et Simpson. La malade a fini par guérir; elle s'est mariée depuis et est devenue mère.

Le dernier fait offre un grand intérêt au point de vue médico-légal. L'état du vagin, en effet, et du col utérin présentait une grande similitude avec ce qu'on observe après un avortement; et pourtant rien de pareil n'avait existé! On comprend toute la circonspection nécessaire en pareils cas, quand il s'agit d'émettre une opinion devant un jury. La malade précédente était, en effet, vierge de tout contact avec l'homme, j'en ai la conviction, et néanmoins des signes physiques existaient chez elle, qui pouvaient faire penser le contraire. Un écoulement vaginal se déclare quelquefois après le premier coït chez une jeune femme, par le seul fait de l'irritation physique et sans que le coït soit impur. Cette connaissance a souvent dissipé des soupçons mal fondés et entretenu la paix dans des ménages.

C. Ecoulements urétraux chez les jeunes garcons. — M. Moss, chirurgien à Windsor qui a rapporté plusieurs cas semblables à ceux dont nous venons de parler chez de petites filles, cite un exemple d'écoulement non vénérien chez un jeune garçon. Comme le mal a été observé sur plusieurs membres de la même famille, il est probable qu'ils étaient tous d'une constitution irritable. Le voici :

7e *Fait.* — « J'ai été mandé, dit M. Moss, voir une petite fille âgée de trois ans, résidant à Eton, et qui présentait tous les symptômes de la gonorrhée. Les grandes lèvres étaient gonflées et enflammées, un écoulement purulent avait eu lieu par le vagin et des douleurs vives étaient accusées pendant l'émission des urines. Ayant fait des recherches sur la source de la maladie, j'ai trouvé que sa sœur, âgée de 7 ans, avait eu, quelques mois auparavant, la même affection; et qu'une autre sœur, âgée de 8 ans, avait aussi présenté, quelques semaines avant, la même chose. La mère avait négligé de consulter un médecin pour ses deux premières filles, s'étant imaginée que cela tenait à de la faiblesse; l'écoulement continuait encore chez elles à un faible degré. Deux jours après cette visite, j'ai été demandé pour voir la grand'mère, âgée de 66 ans, vivant dans la même maison et qui m'a présenté une ophthalmie purulente des plus intenses que j'aie jamais vues. Trois jours plus tard, le frère de la petite fille, âgé de six ans, a été affecté à son tour de gonflement inflammatoire au prépuce et au gland, avec écoulement urétral abondant et chaleur en urinant; ces symptômes ont continué à être très intenses pendant plusieurs jours. J'avais déjà vu plusieurs cas d'inflammation au prépuce chez des enfants, que j'avais attribuée à un manque de propreté, et j'avais aussi observé cinq cas de gonorrhée chez de petites filles par la même cause; du moins, je n'avais pu suivre la maladie au-delà de cette cause; mais je n'avais pas encore rencontré un cas aussi marqué d'infection vénérienne que celui dont il s'agit. » M. Moss ajoute : « Il n'y avait pourtant pas de raison pour croire que la source de cette maladie fût réellement vénérienne. Il est probable que la gonorrhée peut se produire spontanément dans les organes génitaux de la femme, sans approche de l'homme et sans communication d'un virus spécifique.» — Je n'ai pas rencontré, dans ma pratique, des cas de jeunes garçons affectés d'écoulement urétral comme celui de M. Moss, mais j'ai entendu plusieurs de mes confrères citer des cas pareils. Néanmoins, j'ai vu chez quelques enfants scrofuleux, en travail de dentition, présenter un gonflement au prépuce et de la douleur dans l'urètre.

D. Ecoulements urétraux chez l'homme adulte. — Il ne faut pas croire que les écoulements purulents, qui simulent la gonorrhée, se rencontrent seulement chez la femme et les enfants. Il n'est pas difficile de démontrer que des urétrites très aiguës se déclarent parfois chez l'homme sans qu'il ait communiqué avec une femme, ou bien après avoir communiqué avec une femme parfaitement saine, par le seul fait de l'action physique, ou bien encore par l'action d'un écoulement menstruel âcre. Il n'y a pas longtemps, un médecin qui avait eu plusieurs fois la chaude-pisse m'a consulté pour un écoulement aigu qu'il portait actuellement; il était parfaitement certain de n'avoir cohabité qu'avec une seule femme depuis neuf ou dix mois, et que cette femme était saine; il nous l'a fait examiner, elle ne présentait pas le moindre écoulement ni d'injection morbide dans le vagin ni aux parties adjacentes; et l'on s'est assuré par le commémoratif que le jour de la cohabitation la femme avait ses règles. Il ne peut être douteux par ce fait, et d'autres qui m'ont été communiqués par plusieurs confrères, que le coït avec une femme saine pendant les règles, surtout dans les climats chauds et chez des sujets malpropres ou dont le sang menstruel est âcre, peut produire chez l'homme une véritable chaude-pisse. Il est probable que c'était par des observations de ce genre que les lois de Moïse avaient établi la Purification chez les femmes juives (*Lévitique*, xv. 24). Benjamin Bell, dans son traité des maladies vénériennes, donne un excellent chapitre sur la gonorrhée non vénérienne et qu'on nomme gonorrhée simple. Il rapporte le cas d'un gentleman qui avait gagné une intense chaude-pisse de sa femme pendant qu'elle avait ses menstrues, et chez lequel le mal se reproduisait, par la suite, toutes les fois qu'il y revenait pendant les mêmes époques ou qu'il s'exposait soit au froid, soit à l'humidité. Bell ajoute que les fossoyeurs sont très sujets aux écoule-

ments urétraux, qui simulent la maladie vénérienne et qu'on ne peut distinguer de cette dernière par la seule inspection. Un de ses clients, qui allait tous les ans à la chasse au canard sauvage, éprouvait toujours à ces époques un écoulement par l'urètre, précisément à compter du moment où il restait pendant quelques jours avec les pieds et les jambes dans l'eau.

Conclusions.—Il suit des faits précédents : 1° que des causes diverses, générales ou locales, peuvent donner naissance à des écoulements des organes génitaux, et qu'on ne peut distinguer de ceux qui sont produits par un coït impur et qu'on appelle gonorrhée ; 2° que ces affections doivent être traitées comme des inflammations catarrhales de la muqueuse génito-urinaire; mais que, quand elles se rattachent à un état *scrofuleux*, on doit prescrire le régime et les médicaments propres à cet état, conjointement avec des applications locales légèrement astringentes.

§ II. Syphilis. *A. Condylomes.* — Des excroissances de nature très variable s'engendrent souvent autour des parties génitales et de l'anus. On les a comparées à des poreaux, à des choux-fleurs, à des crêtes de coq, à des framboises, à des fraises, à des groseilles, à des figues, des marisques, etc. Elles se rencontrent chez les deux sexes, mais beaucoup plus souvent chez la femme. Leur préférence pour ce sexe est moins due au tempérament qu'à la plus large étendue des muqueuses génitales et à l'état d'humidité plus grande de ces membranes. Je pense qu'on peut sans inconvénient comprendre toutes ces excroissances à formes si diverses sous le nom de *condylomes*, qu'elles dépendent ou non d'un principe vénérien. Quelques praticiens attribuent aux condylomes vénériens la faculté de reproduction par contagion ; mais cela est loin d'être exact ; et, quant à leur forme, on sait qu'elle dépend de circonstances accidentelles, soit de structure, soit de position des tissus qui leur donnent naissance, soit enfin de certaines habitudes individuelles. Si l'on admet que les excroissances condylomateuses, que nous venons de nommer, sont similaires entre elles, on doit admettre aussi qu'elles ne diffèrent guère du *frambœsia*, ce dernier fait ayant été parfaitement prouvé par les observations récentes de MM. Willis et Skae. Les condylomes ou les *framboises* peuvent être definis : des excroissances molles, à surface inégale, de forme généralement ronde, mais variable, se rencontrant chez la femme le plus souvent aux grandes lèvres, au périnée, à la partie supérieure des cuisses, autour de l'anus, et quelquefois, mais rarement, dans l'intérieur du vagin, jusqu'à la hauteur du col utérin; plus rarement dans les aisselles; et chez l'homme, au périnée; et dans les deux sexes, avec des taches blanches, saillantes, quelquefois ulcérées superficiellement (aphthes) à la gorge ou dans l'intérieur de la bouche. Avec ces symptômes, il y a ordinairement, à une certaine période de la maladie, une éruption croûteuse, dont les boutons deviennent rouges, puis bruns, plombés, cuivrés ; ce qui donne à la surface du corps une apparence bigarrée. Les trois faits suivants justifient les assertions qui précèdent.

8e *Fait.* — Marguerite M..., de belle constitution, âgée de 17 ans, appartenant à une famille honnête, a été reçue à l'hôpital pour être traitée d'une éruption à la tête, au cou, à la poitrine et aux épaules ; sa santé générale était altérée; elle affirmait n'avoir jamais eu communication avec aucun homme. L'éruption était formée de taches saillantes, de diverses grandeurs, de couleur rougeâtre foncée, mais pas cuivrées; quelques-unes sont couvertes de croûtes; la couleur rouge est plus prononcée sur les taches laissées à découvert par la chute des croûtes; d'autres étaient plates, épaisses, dures, cornées et sans croûtes. Les taches de la tête suintent et empâtent les cheveux. Les organes génitaux sont couverts de taches rouges, élevées, croûteuses, ainsi que le côté interne des deux cuisses. Pas de trace d'ulcération ni de cicatrices vers ces parties. Ecoulement vaginal d'un liquide blanc. L'examen au spéculum fait reconnaître une sécrétion très abondante au fond. Il n'y avait pas d'hymen; l'entrée de la vulve était frangée par la présence des caroncules myrtiformes, comme chez les jeunes femmes dont l'hymen a été déchiré. La muqueuse du vagin est très vascularisée; le col utérin congestionné. L'arrière-gorge est injectée et relâchée, et offre des taches blanches qui simulent des ulcérations. Pas d'odeur mercurielle; les gencives sont saines. On prescrit : lotions à la vulve avec de l'eau tiède; injections vaginales avec une solution de sulfate de cuivre (2 grains par once); un bain général tous les deux jours. Couper les cheveux; lotionner la tête avec de l'eau tiède et du savon noir. Intérieurement, une potion d'huile de ricin. En peu de jours, l'état de la malade s'est amélioré. Le onzième jour de son entrée (21 mai), elle a de la fièvre, pouls 120; potion antimoniale; laxatif doux. Ensuite, on lui fait prendre, toutes les trois heures, 15 grammes (demi-once) de la potion suivante : P. sublimé corrossif 5 centig. (1 grain), hydroch. de morph...., eau de fontaine 180 gm (6 onces). Le 23 mai, l'état des parties génitales est beaucoup mieux; cependant les excroissances condylomateuses présentent encore un volume considérable. On prescrit des lotions avec une eau minéralisée avec un peu d'acide azotique (4 gram. par 180 gram.); on continue les injections de sulf. de cuivre. Le 29, grande amélioration de l'éruption; les taches ont disparu en grande partie; le cuir chevelu est en grande voie de guérison; les condylomes ont beaucoup diminué de volume, ceux de l'anus ont disparu; les fleurs blanches sont réduites à peu de chose; (suivent les détails des autres jours). Le 15 juin, guérison complète. Le 15 août, la guérison ne s'était pas démentie.

9e *Fait.* — Vers la moitié de juin 1844, j'ai été consulté pour une jeune personne, employée comme domestique, laquelle présentait, à la partie interne des grandes lèvres, des excroissances blanches, du volume d'un pois environ, et un écoulement peu abondant. D'autres condylomes existaient au périnée, autour de l'anus et à la partie supérieure des cuisses; quelques-uns étaient ulcérés. Le vagin était étroit; pas d'éruption dermique ni de mal à la gorge. Elle affirmait ne pas avoir eu communication sexuelle depuis six mois, mais elle avouait en même temps une tendance pour des *habitudes digitales.* On prescrit des lotions aux parties génitales quatre fois par jour, avec une solution de chlorure de sodium (4 gram. par 180 gram. d'eau); et intérieurement du sublimé corrosif, à la dose de 1/12 de grain, six fois par jour, chaque dose devant être dissoute dans 60 gm. d'eau. Quatre jours après, l'amélioration était très prononcée.

10e *Fait.* — Un jeune homme portait une ulcération douloureuse superficielle à la langue, précisément entre le

frein et le sommet. Les amygdales étaient gonflées, le pharynx présentait une tache blanche saillante qui simulait les apparences d'un ulcère. Il présentait en même temps des excroissances condylomateuses, du volume d'un pois, au périnée et à l'anus. Sa voix était voilée. Il n'avait jamais eu de chancres, mais il avait essuyé une chaude-pisse il y a longtemps. On lui prescrit localement : des lotions avec une solution légère de nitrate acide de mercure; intérieurement de petites doses d'hydriodate de potasse (iodure de potassium). L'ulcère de la langue a rétrogradé promptement. On soumet le malade à l'usage du calomel jusqu'à salivation; l'ulcère s'est cicatrisé, mais les condylomes ont résisté; on les touche avec l'acide nitrique; guérison prompte.

Ces trois cas sont à mes yeux trois exemples d'une même maladie, modifiée seulement par des circonstances individuelles. Il y aurait beaucoup à dire si l'on voulait discuter chacun des symptômes précédents; cela nous entraînerait trop loin. Voyons cependant quelles peuvent être la nature et l'origine de ces excroissances. Les condylomes ne se rencontrent ordinairement que chez les personnes qui négligent les soins de propreté, ce qui nous a conduit à penser qu'ils s'engendrent dans la malpropreté. Cette opinion est partagée aujourd'hui par plusieurs praticiens, avec quelque restriction cependant. M. Skae, qui exerce avec distinction à Ayrshire, pays où les condylomes sont excessivement communs, s'exprime à ce sujet de la manière suivante : « J'ai été autrefois très partisan de l'avis du docteur Hibbert qui considère cette maladie comme le produit de la malpropreté. Elle ne se rencontre en effet, le plus souvent, que dans la basse classe et s'accompagne d'un écoulement abondant négligé. Cependant, comme je l'ai rencontrée aussi nombre de fois sans cet accompagnement et sur des sujets propres, j'ai dû modifier cette opinion qui est aujourd'hui conforme à celle de M. Wallace; savoir, que d'autres causes peuvent la produire. Voici les paroles de M. Wallace. « Le manque de propreté exerce, dit-il, une grande influence dans la formation des végétations fongueuses, et peut-être aussi de l'onyx. En effet, on ne rencontre ces affections que chez les sujets malpropres; je n'en concluerai pas cependant qu'elles ne se produisent pas sur des individus habitués à la propreté, car j'en ai rencontré moi-même des exemples dans cette dernière classe de sujets. » Un travail récent d'un médecin italien, M. Regnoli de Pise, a parfaitement éclairci la question de la source véritable des condylomes, et fait apprécier à sa juste valeur la part d'influence qu'on doit attribuer à la malpropreté. Ce chirurgien s'est assuré que des végétations molles, semblables aux verrues, sont aisément produites par la masturbation; il a observé, sur des femmes de haute condition, que le doigt *pécheur* se couvrait de verrues; des végétations de même espèce existaient à la vulve. Il en a observé pareillement à la vulve chez des vaches qui venaient d'être couvertes » (*Annales de Thérapeutique*, 1843). Burdach, qui avait fait la même observation, attribue le fait à l'action plastique des humeurs secrétées pendant l'acte vénérien. N'est-ce donc pas probable de dire alors que la maladie condylomateuse s'engendre aisément chez les personnes qui négligent d'enlever par le lavage la matière répandue pendant l'acte vénérien, soit solitaire, soit avec l'autre sexe? Qu'elle s'engendre de cette manière ou autrement, c'est incontestablement une maladie primitive, distincte. La matière des condylomes inoculée ne produit jamais de chancre, et le condylome lui-même n'est jamais suivi de la même affection secondaire comme la vraie syphilis. Ces deux affections sont essentiellement distinctes dans leur manifestation, soit primitive, soit secondaire.

Les condylomes cependant sont communiquables; c'est là un fait qu'on ne saurait contester. Les expériences de MM. Wallace et Skae démontrent même que, dans quelques cas, ils sont transmissibles par inoculation. Dans 36 inoculations pratiquées par M. Skae la chose a réussi quatre fois, tandis que, sur 221 opérations pareilles pratiquées par M. Richard, aucun effet n'a été obtenu. Que la maladie ait été exactement reproduite dans les expériences de MM. Wallace et Skae on ne saurait en douter d'après leur description, et ils ont en outre observé les effets secondaires à la peau et à la gorge, comme la maladie locale primitive. M. Baumès, qui croit que les condylomes sont transmissibles par le coït, mais pas par inoculation, rapporte le fait suivant : un ouvrier avait contracté la maladie condylomateuse (pustules muqueuses) sur le scrotum en cohabitant avec une fille publique; il l'a communiquée à sa femme; les condylomes chez celle-ci se sont déclarés aux grandes lèvres. Aussitôt qu'elle s'est aperçue de la maladie elle est allée consulter M. Baumès avec son mari. Celui-ci a été reçu à l'hôpital de l'Antiquaille. A cette époque, les condylomes étaient en suppuration; ils étaient dans cet état déjà lorsqu'il avait cohabité avec sa femme. On a inoculé sur ses cuisses le pus des excroissances, mais sans résultat. En 23 jours, le mal était guéri, mais alors une affection secondaire s'est déclarée aux amygdales et une éruption papuleuse au dos, au ventre, au front. Sa femme n'a pas éprouvé de symptômes constitutionnels. Tous les deux ont été guéris. Localement on a fait usage d'une forte solution de chlorure de sodium, de cérat calomélisé; comme remède général on a prescrit des bains de sublimé corrosif. Quant au traitement qui convient aux condylomes on vient de voir que le sublimé corrosif est le remède sur lequel on doit compter. On le donne par petites doses délayées dans une grande quantité d'eau, et l'on peut s'en servir aussi comme moyen de lotion; l'hydriodate de potasse se présente ensuite comme remède interne. Quand la peau est sèche et dure j'ai pour pratique de suspendre les autres remèdes et de donner pendant quelques jours quatre ou six doses de tartre stibié, de 20 centig. chaque (4 grains), dans une potion aqueuse. Localement on doit recommander la propreté, des lotions de

chlorure de sodium à différents degrés de concentration, ou avec une solution d'acide tartrique; des onctions avec une pommade de créosote (10 à 20 gouttes par 30 gram. de graisse), ou avec la pommade de goudron : tels sont les moyens qui m'ont paru le plus efficaces.

B. Syphilides. — Les éruptions cutanées qui succèdent à la syphilis primitive offrent des formes extrêmement variées, mais une ressemblance parfaite au fond, et des caractères communs qui les distinguent parfaitement. En général, ces éruptions ne se déclarent qu'après un certain temps de la maladie primitive; dans quelques cas cependant pendant le cours de celle-ci. On les rencontre chez le vieillard comme chez l'enfant qui vient de naître. Leur forme consiste en des croûtes, des papules, des pustules, des tubercules, des vésicules, des exanthèmes; leur couleur est cuivrée, ou rouge-sombre, et jamais rouge-clair comme dans l'inflammation franche. La face, le front, la partie supérieure du cou et les épaules sont les parties sur lesquelles l'éruption se montre d'abord le plus souvent; elle se déclare également ailleurs, et l'on peut dire qu'il n'est pas un seul point du corps où on ne l'ait pas rencontrée. Les croûtes syphilitiques s'offrent ordinairement à l'état simple, tandis que dans les autres formes l'éruption est ordinairement mixte. Je crois avoir remarqué que la forme croûteuse simple suivait ou accompagnait généralement les condylomes; tandis que lorsqu'on avait affaire à la forme papuleuse, pustuleuse, exanthématique ou vésiculeuse, compliquée de squammes, il y a eu deux maladies primitives distinctes, des condylomes et des chancres.

L'éruption papuleuse peut être confondue avec quelques variétés de lichen ou de gale. La seule inspection oculaire est souvent insuffissante pour différencier le lichen simple du lichen syphilitique. Le commémoratif cependant peut éclairer le diagnostic. L'éruption vénérienne se montre, sur toute l'étendue ou sur une grande partie de la surface du corps, beaucoup plus souvent que le lichen non vénérien. Sa nature est dévoilée d'ailleurs par la présence des papules qui se convertissent en larges taches cuivrées. Les petites papules ne seront pas confondues avec les boutons de la gale, ces derniers ayant la forme vésiculaire que ne présentent pas les papules syphilitiques.

Les pustules vénériennes peuvent être confondues avec l'acné et l'ecthyma non syphilitiques; mais si l'on réfléchit que la base de la première éruption présente une teinte rouge obscure ou cuivrée, tandis que la couleur des boutons non vénériens est d'un rouge inflammatoire franc, l'erreur sera aisément évitée.

L'éruption exanthématique vénérienne se déclare ordinairement peu de temps après la maladie primitive; elle peut être confondue avec la rougeole, l'urticaire, et *vice versâ;* mais les suites de l'éruption, dans les deux cas, éclairent parfaitement le diagnostic.

L'éruption vésiculeuse vénérienne est considérée comme assez rare. Ces vésicules ont cela de caractéristique, qu'elles sont entourées d'une auréole cuivrée.

Les tubercules et les squammes vénériens suivent généralement les condylomes; je sais bien que cela est sujet à discussion d'après l'état actuel des connaissances, mais je parle d'après mon observation. J'ai vu des cas appelés *psoriasis guttata* et *psoriasis gyrata* du scrotum, considérés par des praticiens d'une grande expérience comme n'étant pas de nature vénérienne; un examen soigné cependant m'a fait découvrir la coexistence de cette affection particulière de la gorge qui accompagne la maladie condylomateuse. Dans les cas douteux par conséquent il est important de porter l'attention sur ce point, et de chercher en même temps s'il n'existe pas sur d'autres points du corps la lèpre particulière aux condylomes. La lèpre des condylomes, autrement dite, *lèpre vénérienne* ou *syphilitique,* se distingue aisément de toute autre maladie cutanée. Les squammes sont plus petites, plus irrégulières, de couleur plus foncée que celles de la lèpre ordinaire. Le *lupus* et l'ulcération syphilitique du nez sont quelquefois très semblables entre eux en apparence. Un examen minutieux cependant fait reconnaître constamment une altération du périoste et des os au début, quand le mal est vénérien, sans compter d'ailleurs les autres symptômes constitutionnels qui accompagnent la syphilis.

Le traitement de ces maladies cutanées peut être saisi en quelques mots. Le régime alimentaire et la régularisation des fonctions intestinales doivent d'abord occuper le praticien. Il fixera ensuite son attention sur les fonctions de la peau et des reins. Des remèdes doux seront employés pour cela et par petites doses, l'état d'irritabilité des organes ne permettant pas d'employer des doses énergiques. Les bains tièdes tous les trois ou quatre jours; puis le sublimé corrosif ou l'arsenic à doses réfractées et à des jours alternes; de petites saignées du bras quelquefois; dans quelques cas l'hydriodate de potasse, tels sont les moyens qu'on prescrit généralement avec succès dans ces occurences.

C. Syphilis congénitale.—Le produit de la conception est souvent affecté de syphilis communiquée par l'un des parents; il est alors très sujet à périr. Le fait suivant fournit un intéressant exemple de syphilis intra-utérine dans des circonstances où le mal semblait avoir été guéri chez les parents.

11e *Fait.*—«M. P... avait été, dit le docteur Puhrmann, affecté dans sa jeunesse d'ozène syphilitique dont il avait été guéri à l'aide de la solution de Plenck. Il s'est marié consécutivement à une jeune personne, laquelle a eu, à l'âge de 18 ans, un chancre à la vulve et qu'on a guéri à l'aide du mercure *intus et extra.* Par la suite, les deux époux se sont bien portés, aucun symptôme de syphilis ne s'étant montré chez eux. Le premier enfant qui naquit de leur union a

paru sain en venant au monde; mais, quatorze jours après, son corps s'est couvert de vésicules miliaires, lesquelles s'étendaient, s'unissaient entre elles, s'excavaient et offraient sur quelques points des taches brunes; sur d'autres, des ulcérations avec les caractères des chancres. L'enfant a été traité avec l'œtiops minéral, mais il est mort dans le marasme. La mère a fait consécutivement six enfants qui ont offert les mêmes symptômes et se sont terminés de la même manière. A sa huitième grossesse, elle a été soumise à un traitement mercuriel et elle a fait un enfant qui s'est bien porté. A sa neuvième grossesse, le même traitement a été répété, et les choses se sont aussi bien passées. A sa dixième cependant, le traitement mercuriel a été omis. l'enfant qu'elle a donné était une petite fille bien portante en naissant, mais ensuite son corps s'est couvert d'une éruption syphilitique, et elle est morte dans le marasme à l'âge de six mois, malgré un traitement mercuriel qu'on lui a fait subir. A la onzième grossesse, traitement mercuriel, enfant bien portant qui est bien venu ensuite. »

D'après Vanoni, les mères affectées de syphilis avant la conception ont à craindre d'avorter ordinairement vers le milieu du quatrième mois, ou bien elles accouchent vers la fin du sixième ou au commencement du huitième. Le plus léger accident sert de prétexte à l'avortement pendant les premiers mois. Le fœtus meurt et devient la cause de l'avortement. Dans ces occurrences, l'autopsie de l'enfant offre le plus souvent des restes d'une pleurésie ou d'une péritonite (Simpson, *On peritonitis in fœtus*, Ed. med. sur. j., *n°* 137). Au point de vue médico-légal, on peut, à propos de la syphilis, se poser les questions suivantes: A quel âge la maladie se déclare-t-elle? Quelle est sa forme la plus ordinaire? Peut-elle se communiquer de l'enfant à la nourrice? Pour ce qui est de l'époque de sa déclaration, on peut faire remarquer que généralement l'avortement a lieu de bonne heure; cependant les lésions qu'on trouve à l'autopsie de l'enfant sont insuffisantes dans l'état actuel des connaissances à fournir la preuve de la maladie en question et surtout de l'époque de son invasion. Une autre difficulté est celle-ci : dans la grande majorité des cas, l'enfant vient bien portant en apparence en naissant, c'est quelque temps après que les symptômes de la vérole se manifestent. Un auteur d'une grande expérience sur la matière, Cliet, rapporte qu'à l'établissement de Lyon, où l'on reçoit 16 à 17,000 enfants par an, la syphilis ne se rencontre ordinairement que sur des enfants abandonnés, qu'elle est des plus dangereuses et qu'il est extrêmement rare de la voir apparaître au moment de la naissance. Cristofori, médecin à l'hôpital des Enfants, à Bologne, déclare que, quel que soit le mode de transmission de la syphilis chez les enfants, elle ne se manifeste ordinairement qu'à l'âge d'un à trois mois; chez quelques uns seulement, elle se manifeste plus tard, et presque jamais avant l'âge d'un mois; il n'a vu aucun enfant nouveau-né présenter des symptômes bien évidents de l'affection. Ces remarques sont confirmées par d'autres observateurs, et l'on peut affirmer que l'on s'était trompé quand on avait écrit que des enfants venaient au monde avec des signes non équivoques de syphilis. Il importe de rappeler que les praticiens avaient souvent caractérisé de syphilitique, chez les enfants nouveaux nés, toute maladie suppurante ou cutanée, sans raison suffisante. Quant à la forme de la maladie, les enfants vérolés présentent des ulcères à la gorge et la voix rauque. Les pustules sont très communs chez eux, autour de la bouche, sur les organes génitaux, aux fesses et à la partie supérieure des cuisses. Ces pustules s'ulcèrent promptement, s'unissent ensemble, forment des fissures et donnent un écoulement fétide. On peut les prendre quelquefois pour des boutons de variole congénitale, ainsi que cela est arrivé assez souvent. On en trouve un exemple dans Jenner, un autre dans le muséum de *Guy's hospital*; d'autres dans Sydenham, dans Mauriceau et ailleurs. Les mêmes caractères de l'éruption syphilitique chez l'adulte se rencontrent également chez l'enfant. La question relative à la transmissibilité de la maladie de l'enfant à la nourrice paraît résolue affirmativement (L'auteur rapporte deux cas à l'appui de cette opinion, mais ils ne se rapportent qu'à la vérole primitive).

DOCUMENTS DIVERS.

Du vin aromatique. — On croirait *a priori* que ce composé doit jouir de grandes propriétés excitantes; telle est, en effet, l'opinion enseignée dans les livres à ce sujet. Goûtez cependant le vin aromatique préparé d'après le Codex: vous trouverez un composé odorant, n'ayant du vin que les apparences, mais n'excitant pas plus qu'un verre d'eau sucrée. Appliquez-le sur des plaies, des ulcères enflammés, douloureux: loin d'augmenter l'inflammation, il l'apaise, procure un bourgeonnement louable et favorise la cicatrisation. Sur les chancres syphilitiques grisâtres, sordides, il procure des avantages réels; il déterge les parties, les mondifie, les dispose au travail de réparation; tandis que le contraire a lieu dans tous ces cas, si vous appliquez du vin commun vraiment alcoolisé. Comment se fait-il donc que le vin dit aromatique, qu'on croit plus excitant, produit précisément un effet contraire? C'est ce qu'on ne s'est pas encore demandé. Nous avons été conduits à l'examen de ce sujet en prescrivant, il y a quelques semaines, la potion antiblénorrhagique de M. Gimelle, dans laquelle il entre 125 grammes de vin aromatique, à un individu atteint de gonorrhée aiguë et qui a guéri en six jours par ce seul remède; et en pansant, chez un autre, des chancres primitifs à l'aide de la même liqueur. Il a été de la dernière évidence, pour nous, que l'action dynamique de ce vin était hyposthénisante ou antiphlogistique. Nous avions déjà constaté cet effet sur un grand nombre de malades dans les hôpitaux. Nous avons ouvert le Codex et nous trouvons que la formule est ainsi composée: P. espèces aromatiques 125 gr. (4 onces), vin rouge 1000 gr. (2 livres), alcoolat vulnéraire 64 gr. (2 onces). Faites infuser les espèces aromatiques pendant huit jours dans le vin; passez avec expression; filtrez et ajoutez l'alcoolat vulnéraire. Par *espèces aromatiques* on doit entendre un ensemble, à parties égales en poids, de feuilles sèches de sauge, de thym, de serpolet, d'hysope, de menthe aquatique, d'origan commun, d'absinthe, c'est-à-dire, d'éléments essentiellement hyposthénisants, combinés ensemble d'après les vieilles croyances enregistrées dans les livres galéniques. Il est facile de com-

prendre que le gros vin dont on fait usage contient déjà peu d'alcool de lui-même, que cet alcool s'échappe en partie pendant la macération de huit jours, et que les matières végétales que le liquide s'incorpore lui enlèvent tout le caractère d'excitabilité dont il jouissait auparavant. Qu'est-ce, en effet, les plantes aromatiques qu'on y fait macérer? Ce sont des substances odorantes, c'est-à-dire, qui contiennent des huiles essentielles. Or, ces huiles sont presque toutes hyposthénisantes, ainsi que nous croyons l'avoir démontré dans un article sur les corps gras que nous avons donné dernièrement. Ces plantes contiennent, en outre, de la matière extractive, des principes gommeux, résineux, toniques, etc., dont l'action est adoucissante, rafraîchissante, antiphlogistique, contraire par conséquent à celle de l'alcool. On peut en dire autant du peu d'alcoolat vulnéraire qu'on y ajoute, l'élément végétal enlevant à l'alcool sa vertu radicale excitante. Cullen avait déjà senti parfaitement qu'un vin dans lequel dominaient certains principes végétaux perdait une grande partie de sa force stimulante. « La portion de vinaigre, dit-il, contenue dans certains vins, détruit une partie de leur alcool et diminue leur puissance stimulante.» (*Mat, méd.*, t. 1, p. 419.) Et un peu plus loin, il ajoute : « Comme l'acide modère jusqu'à un certain point la puissance stimulante de l'alcool, si ces vins ne sont pas directement rafraîchissants, ils sont moins échauffants que les autres. » (p. 421.) Ce que cet auteur avait observé pour les vins acidules, d'autres l'ont remarqué pour le vin antimonié; on s'étonnait de voir l'antimoine perdre sa vertu émétique, c'est-à-dire, devenir presque inerte par son union avec l'alcool, et l'on imaginait des théories pour expliquer le fait, faute de connaître la collision des deux vertus dynamiques opposées. « L'esprit de vin diminue et détruit, dit Geoffroy, la vertu émétique de l'antimoine préparé, à cause de la trop grande quantité de particules sulfureuses qui enveloppent et émoussent les parties salines; de sorte que les molécules de l'antimoine, quoique développées et étendues, ne peuvent en aucune manière piquer et irriter les membranes du ventricule, à cause du défaut de pointes acides. » (*Mat. méd.*, t. 1, p. 410.)

Il en résulte donc un composé qui n'a d'alcoolique que le nom, et dont le principe stimulant se trouve remplacé par les éléments végétaux qu'on y incorpore par macération et qui donnent à l'ensemble du vin aromatique des vertus autres que celles qu'on lui suppose. On comprend par là ses effets réellement antiphlogistiques dans le pansement des ulcères spécifiques ou des plaies de mauvaises nature, et comment, chez les sujets atteints d'urétrite aiguë, on peut en faire boire impunément une dose de 125 gram. (4 onces) d'un seul trait. Il est vrai que, dans ce dernier cas, le vin aromatique se trouve dominé par 8 grammes de cubèbe et 12 grammes de copahu; mais il n'est pas moins vrai que si vous donnez, au lieu de vin aromatique, la même quantité de vin simple, non seulement vous ne guérirez pas la phlogose, mais encore vous l'exaspérerez. Il résulte de ce court examen que quand, dans une maladie *réellement asthénique*, on veut relever les forces, ce n'est pas au vin aromatique ni au vin de quinquina qu'il faut s'adresser, car le but en serait manqué, mais bien au vin ordinaire plus ou moins vieux et généreux. Nous disons : *réellement asthénique* (comme dans les empoisonnements métalliques, par exemple) et non dans les affections dans lesquelles la prostration n'est qu'un effet indirect, comme dans les fièvres graves, etc. Cette manière de voir est tellement en opposition avec les idées reçues en France, que quelques lecteurs pourraient s'en trouver choqués; nous en serions fâché; mais nous les prierions, en ce cas, d'expérimenter et d'observer à leur tour en dehors des enseignements de la routine, nous aurons la certitude entière que l'on reconnaîtra l'exactitude de ce que nous venons d'avancer. Terminons ces réflexions en faisant remarquer que pour aromatiser réellement un vin quelconque, c'est-à-dire, pour accroître sa puissance stimulante, on doit avoir recours aux substances qui possèdent la propriété d'élever les forces organiques au dessus du rhythme normal; tels sont la canelle, l'opium, l'alcool et quelques autres corps en petit nombre.

Gaz intestinaux. — Un fait connu et sur lequel nous avons déjà appelé l'attention (1843), c'est que les gaz intestinaux qui se dégagent après certains repas sont principalement composés d'hydrogène sulfuré, de sorte qu'on peut aisément les enflammer à leur sortie, surtout ceux qui sont rendus par la voie inférieure. On trouve dans l'économie les deux éléments en quantité pour rendre compte de la formation spontanée de ces gaz, par véritable sécrétion accidentelle, comme dans la tympanite soit intestinale, soit péritonéale. Rien n'est plus fréquent, à l'ouverture du péritoine de certains cadavres, que de recevoir une bouffée énorme de gaz sulfhydrique, avant que l'intestin n'ait été entamé. Tel est aussi le gaz que rendent par la bouche, avec une odeur d'œufs pourris, certaines personnes après certains repas. Ce dernier phénomène doit être en partie rattaché à la nature des aliments ingérés. D'après la quantité énorme de soufre que M. Dumas avait trouvé dans l'analyse des haricots secs, nous nous rendions compte, il y a quelque temps, de la quantité considérable de gaz que cet aliment développait dans les intestins, surtout dans le colon où le soufre paraissait plus particulièrement se combiner à l'hydrogène libre. Cette remarque peut être appliquée à d'autres végétaux qu'on sert sur nos tables, en particulier aux choux, aux radis, aux navets, au cresson qui, d'après l'analyse de Deyeux, contiennent abondamment du soufre. D'après les analyses de Planche, les fleurs de sureau, de tilleul, d'oranger, les clous de girofle, renferment également beaucoup de soufre à l'état libre. La laitue, la bourrache, l'absinthe, l'anis en contiennent peu; la canelle, la muscade, la camomille n'en présentent pas du tout. On en rencontre beaucoup, d'après Robiquet, dans l'huile de moutarde. On s'assure aisément de la présence du soufre à l'aide de la distillation; les parois de l'alambic en cuivre, dans lequel on chauffe ces végétaux, sont noircis par le gaz sulfhydrique, et l'on peut aussi s'assurer de la présence de ce gaz dans la vapeur de sortie, à l'aide d'un papier empreint d'acétate de plomb qui noircit de suite. Il est curieux de faire remarquer que ce sont précisément les corps stimulants qui ne contiennent pas de soufre ou qu'à peine (tels que la canelle, une goutte d'eau-de-vie, ou bien des corps non stimulants comme l'anis) qui font rendre le plus facilement les gaz intestinaux; il y a là alors action dynamique. M. Raspail a fait observer que cette odeur désobligeante que l'on rend par l'haleine, le matin à jeun, ou même dans la journée, ou le soir après la digestion, et qui est surtout très prononcée chez les personnes mal portantes, tenait à un dégagement de gaz ammoniacal dans les muqueuses gastriques. Il conseille de boire un peu d'eau fraîche sucrée pour le précipiter. Cette observation était si bien connue aux jeunes nymphes de tous les temps, et qu'on appelle aujourd'hui *Lorettes*, qu'elles avaient l'habitude de manger une pomme avant de descendre sur l'arène d'Amour. Cette tradition est arrivée jusqu'à notre époque.

— **Hygiène des appartements.** La raison pour laquelle il est très malsain de coucher dans des appartements peints depuis peu, c'est que les huiles vicient l'air en s'appropriant son oxygène.

CLINIQUES CHIRURGICALES.

REMARQUES GÉNÉRALES.

A mesure que nous approchons de la saison rigoureuse, les services chirurgicaux des hôpitaux se peuplent de sujets atteints de lésions traumatiques graves, en particulier de brûlures et de fractures. Nous voyons à chaque instant dans ces derniers accidents, de plus en plus confirmée dans la ville de Paris l'intervention presque constante de la cause que nous avions signalée, l'encombrement d'innombrables voitures en rapport avec des rues étroites, presque dépourvues de trottoirs et rendu d'autant plus redoutables aux piétons qu'on entre vers la saison des pluies, des brouillards et de la gelée. A Saint-Louis, à Beaujon, à l'Hôtel-Dieu, à la Charité, on ne trouve déjà que des sujets écrasés par des voitures, et ce nombre est en progrès chaque jour. Des amputations d'urgence sont souvent requises par ces événements; aussi les chirurgiens des hôpitaux sont-ils, vers l'entrée de l'hiver, comme des commissaires de police, toujours à la veille d'une affaire sanglante. Hier, c'était M. Denonvilliers qui abattait une jambe à l'Hôtel-Dieu; aujourd'hui, c'est M. Robert à Beaujon qui tranche un bras moulu par une diligence Notre-Dame; demain, ce sera le tour d'un autre, etc. Parmi les cas de ce genre qui se sont dernièrement présentés, nous devons mentionner particulièrement celui d'un petit enfant âgé de 17 mois, qui a eu la cuisse fracturée par un pain de quatre livres qui lui est tombé sur ce membre: l'enfant était couché dans son berceau, le corps fériteur est tombé d'une planche placée au dessus de sa tête; et celui d'un autre enfant âgé de 2 ans et demi, dont le bras droit a été saisi par une mécanique et réduit en bouillie; on a achevé l'amputation. Ces deux enfants sont traités dans le service de M. Jobert, nous en donnons plus bas les détails. Tel est l'enchaînement de ces sortes de faits dans les hôpitaux, que chaque jour apporte des observations nouvelles, même dans les cas les plus triviaux en apparence; de ce nombre sont les plaies de tête, par exemple. Ce sujet va fixer un instant notre attention.

Les fractures de la base du crâne ont été mieux étudiées, mieux comprises dans ces derniers temps, et l'on n'attend plus aujourd'hui l'autopsie cadavérique pour diagnostiquer leur existence. L'Académie de chirurgie avait appelé sur ces redoutables lésions l'attention des praticiens; elle les avait jugées toujours mortelles, à cause de la propagation de leur irritation phlogistique à l'origine des nerfs; elle avait même conclu, d'après quelques autopsies survenues un ou deux mois après l'accident, que ces sortes de fractures ne se réunissaient aucunement, puisqu'à cette époque aucun commencement de travail réparateur n'avait été rencontré sur les parties. Ces croyances paraissaient parfaitement fondées et elles ont traversé sans opposition l'école de Dupuytren. Il résultait cependant des pièces que ce grand maître nous montrait dans ses cours, qu'une distinction importante pouvait être faite entre les fractures transverses et les fractures antéro-postérieures de la base du crâne, les premières étant plus graves, par la raison que la direction du centre de gravité de la tête entraîne en avant le fragment antérieur et l'écarte du postérieur, ce qui devient une cause d'irritation et de fausse articulation mortelle; tandis que les antéro-postérieures s'offrent peut-être dans des conditions moins formidables; mais que de variétés entre ces deux types de fractures! Postérieurement, néanmoins, un nouveau trait de lumière est venu éclairer les lésions en question; on a observé que les fractures de la partie antérieure de la base du crâne étaient suivies d'un ecchymose aux paupières, précisément lorsque la chose répondait à un point quelconque du cône orbitaire. Dès lors, cette apparition a servi de signalement, et l'on a souvent reconnu à ce seul caractère la fracture en question; l'autopsie a confirmé ces prévisions, et il est arrivé plus d'une fois qu'en redoublant de précautions, des blessés de ce genre ont guéri. Un cas de cette espèce se présente en ce moment à la clinique de la Charité. Il s'agit d'un jeune homme, maçon, robuste, qui a été transporté dans un état d'insensibilité, par commotion. Il venait de tomber d'un quatrième étage. On l'a saigné une ou plusieurs fois. Le lendemain, une petite ecchymose s'est manifestée aux paupières du côté gauche, laquelle s'est étendue, a envahi la totalité de ces deux voiles et a semblé, les jours suivants, devenir de plus en plus foncée. Pas de contusion manifeste, ni de gonflement aux paupières. Le malade n'a commencé à revenir à la connaissance que vers le troisième ou quatrième jour; il ne se rappelait de rien de son accident; il était tout à fait bien le huitième jour et se disposait à quitter l'hôpital vers le dixième; pouls bon, intelligence nette, retour de toutes les fonctions à l'état normal. L'ecchymose bipalpébrale persiste, elle est intense, sans gonflement ni inflammation, ne s'étend pas à la conjonctive oculaire et ressemble assez à celle qui succède à l'application de sangsues sur les paupières; elle paraît peu disposée à l'absorption. Ces circonstances, l'absence de gonflement, de douleur, d'inflammation, d'extension à la conjonctive globulaire, ont dû faire écarter la présomption de l'action d'une cause contusive directe; aussi M. Velpeau a-t-il diagnostiqué une fracture de la base du crâne. Ce qui paraît confirmer ce diagnostic, c'est qu'ayant interrogé particulièrement les sensations du malade, il nous a déclaré qu'il ne souffrait pas, si ce n'est une petite douleur sourde vers la moitié externe de la voûte orbitaire; or, c'est justement de ce côté que l'ecchymose est le plus prononcée; l'œil n'est pas poché comme dans l'ecchymose produite par un coup de poing; il ouvre librement les paupières, et sa vue n'est aucunement altérée. M. Velpeau possède plusieurs observations de ce genre; il pense que les fractures de la base du crâne sont guérissables comme d'autres; que l'Académie de chirurgie s'est trompée en établissant le contraire, et que toute la gravité est imputable aux

lésions du cerveau qui les accompagnent si souvent. Le sujet est neuf et important, et mérite toute l'attention des chirurgiens. Nous croyons devoir ajouter à ces courtes remarques les lignes suivantes de MM. Laugier et Richelot:

« Dans les percussions de la voûte du crâne, sans contusion directe des paupières, l'ecchymose de l'une ou de l'autre paupière est, disent-ils, tellement caractéristique aux yeux des chirurgiens expérimentés, qu'elle suffit pour faire admettre, sans autre signe, une fracture par contre-coup des parois de l'orbite. Alors, quand la paupière supérieure est ecchymosée, c'est, le plus ordinairement, la voûte orbitraire qui est fracturée. Ce pourrait être la zone supérieure de la paroi externe de cette cavité, et, dans ce cas, l'ecchymose procède de la partie externe à la partie antérieure et moyenne de la paupière. La fracture de la paroi externe de l'orbite peut donner lieu à l'ecchymose des deux paupières; elle se dirige alors obliquement de la région temporale à la région zigomatique. Il est évident que les fractures de l'os maxillaire supérieur donnent lieu aussi à l'ecchymose de la paupière inférieure. La connaissance de l'accident éprouvé ajoute donc à la précision du diagnostic. Un caractère de ces ecchymoses symptomatiques qui n'a point été signalé, c'est qu'elles se prononcent de plus en plus dans les premiers jours, à la manière de celles qui suivent les contusions profondes, et qu'elles ne sont pas nécessairement et même ordinairement accompagnées de tuméfaction notable des paupières. Dans les contusions directes de celles-ci, au contraire, le gonflement et l'épanchement sanguin les distinguent aussitôt. L'ecchymose symptomatique de la fracture de l'orbite arrive graduellement à la paupière, qu'elle colore de plus en plus; celle de la contusion directe s'étend, au contraire, des paupières aux parties voisines. » — Au reste, J. L. Petit, qui avait connu les fractures de la base du crâne, ne pensait pas qu'elles fussent toutes mortelles, pas même celles qui étaient compliquées de lésion profonde du cerveau; car il cite le cas d'un chirurgien de son temps, Bagieu, qui avait guéri un nommé Voignon d'une blessure produite par une balle qui était entrée par les narines, avait enfoncé la base du crâne, traversé les lobes antérieurs du cerveau et percé le coronal pour sortir à deux doigts de sa jonction avec les pariétaux. Néanmoins, il faut en convenir, le diagnostic de toutes les fractures de la base du crâne est loin d'être toujours possible *à priori* dans l'état actuel des connaissances, et l'on peut en dire autant de la contusion du cerveau qui l'accompagne si souvent. Il est vrai que, d'après un travail de M. Boinet, on devrait admettre la contusion cérébrale toutes les fois que le malade gît accroupi dans son lit, c'est-à-dire, avec les membres inférieurs retractés vers le ventre et les fesses, mais nous ne sachions pas que ces généralisations aient été vérifiées ou adoptées. Disons enfin que, d'après les observations de M. Chassaignac, toutes les fois qu'une plaie à la tête s'accompagne de dénudation osseuse et de commotion à la fois, il faut s'attendre généralement à des accidents consécutifs graves (érysipèle, abcès, etc.). Il a trouvé utile, dans ces occurrences, de panser la plaie par occlusion, c'est-à-dire, de la réunir exactement comme si elle était simple, de la soustraire au contact de l'air, à l'aide de bandelettes qu'on ne renouvellera que de loin en loin, en attendant qu'on agit d'ailleurs antiphlogistiquement. Un malade qui se trouve dans ces conditions en ce moment, dans son service à la Charité, a fourni la preuve de la bonté de cette pratique, la lésion s'étant simplifiée et la plaie elle-même ayant conservé l'aspect vermeil qui énonce un bon état des parties profondes. Comme M. Gerdy et nous-mêmes, M. Chassaignac a observé, dans ces occurences, une véritable exfoliation pulviforme, presque insensible, pour nous servir du langage des anciens, et un bourgeonnement diploïque de bonne nature venir s'anastomoser avec les bourgeons des parties molles et former la cicatrice.

Les amputations partielles du pied se pratiquent aujourd hui très souvent dans les hôpitaux de Paris. Dans le courant de cette année, nous en avons observé plusieurs exemples, et l'on peut dire qu'elles constituent l'un des plus beaux titres de la chirurgie française. Il est même remarquable que ce genre d'opérations ne s'est perfectionné que dans le pays même qui lui a donné naissance, et c'est aussi dans les hôpitaux de la capitale qu'elles ont été le plus fréquemment exécutées. La chirurgie militaire du temps de l'empire qui s'est tant illustrée par ses brillantes opérations, n'a pu profiter qu'à peine de ces belles innovations. Les résultats qu'on obtient méritent cependant quelques considérations. Une première distinction importante concerne la nature des lésions pour lesquelles on la pratique. D'après ce que nous avons vu, l'opération réussit presque toujours lorsqu'elle est exécutée pour une lésion traumatique; il en est autrement lorsqu'il s'agit de lésions spontannées ces affections étant presque toujours liées à une certaine détérioration de la constitution qui est fréquemment une cause d'insuccès; l'opération réussit alors comme opération, mais elle échoue souvent comme remède. Néanmoins, M. Jobert et M. Lisfranc ont chacun pratiqué dernièrement une amputation à la Chopart dans ces circonstances avec un succès complet; et M. Blandin, qui est peut-être celui des chirurgiens des hôpitaux qui a fait le plus grand nombre d'amputations de l'avant-pied, ne compte que deux seuls morts sur un total de quarante opérés; encore l'un d'eux n'est mort que d'une varioloïde, le 15e jour de l'opération, l'autre a succombé à une infection purulente. Ce praticien en déduit naturellement que l'opération de Chopart est incomparablement moins grave que l'amputation prémalléolaire de la jambe; telle est aussi l'opinion de M. Lisfranc, ainsi que nous l'avons déjà dit. Quelques praticiens pourtant soutiennent le contraire, et nous nous permettrons de faire observer que nous avons (non cette année, mais les années précédentes) vu des opérés de ce genre succomber tout aussi bien que les

amputés à la partie supérieure de la jambe. Cette remarque est d'autant plus importante qu'en faisant redoubler de précautions pour la réussite, tient le chirurgien sur ses gardes et lui épargne peut-être un désappointement désagréable. Au surplus, on peut dire que dans nos hôpitaux, cette opération est pratiquée avec une précision presque mathématique, et une promptitude telle qu'on ne saurait tout au plus la comparer qu'à la désarticulation d'un doigt ou à l'ablation d'un aileron de poulet à table.

On ne peut malheureusement en dire autant des ablations des os métatarsiens, au point de vue de leurs résultats. Trois opérations de ce genre se sont présentées cette année; l'une a été pratiquée par M. Roux, il y a huit mois, sur un homme de 45 à 50 ans pour une carie au premier métatarsien; la plaie s'est très bien cicatrisée, mais le malade est rentré aujourd'hui à l'Hôtel-Dieu (salle Ste. Marthe) pour une récidive de la même affection sur les os adjacents à la cicatrice. L'autre a été faite par M Blandin sur le même os chez un enfant, il y a plusieurs mois, nous en avons donné l'observation et fait connaître la guérison; aujourd'hui cependant il y a récidive aussi chez cet enfant, les os voisins de la cicatrice étant à leur tour affectés de carie. Le troisième cas enfin a été opéré par M. Velpeau; nous l'avons décrit dans le dernier n°; la plaie était cicatrisée quand nous publiions l'observation; consécutivement cependant un érysipèle sur la jambe, avec dévoiement, et de la fièvre se sont déclarés, puis un abcès s'est formé dans le moignon du pied, et il y a probabilité que les os sont cariés sur ce point. Ces trois observations sont déjà plus que suffisantes pour appeler sérieusement l'attention sur la cause de ces fâcheux résultats; cette cause, on le sait, est dans l'état maladif de la constitution; tant qu'elle n'est pas combattue par des remèdes généraux, l'ablation ne constitue qu'une ressource éphémère, et elle a l'inconvénient d'exposer les malades à toutes les chances dangereuses d'une opération sanglante. Ici plus qu'ailleurs, le reproche qu'on fait à beaucoup de chirurgiens modernes, de ne faire aucun traitement interne est réellement fondé. Les chirurgiens du siècle dernier n'opéraient pas ces affections, mais ils prescrivaient une médication constitutionelle et ils avaient souvent la satisfaction de voir leurs malades guérir radicalement par ce seul secours. Boyer lui-même qui était au courant des résections ne se conduisait pas autrement, et nous en dirons autant de Dupuytren. Nous avons vu ces deux praticiens se contenter, dans les caries scrofuleuses du métatarse et du métacarpe, de prescrire l'usage journalier de l'extrait de quinquina, de la rhubarbe, de l'aloës, d'eaux minérales diverses; et localement, des applications émollientes et résolutives, et de n'en venir à une opération que très tardivement. En Angleterre et en Italie, on fait un grand usage du sulfate de quinine dans ces occurrences; on y associe de très petites doses de tartre stibié et de crème de tartre, les limonades tartarique, sulfurique ou azotique, les préparations martiales, etc. M. Lisfranc a recours à l'iodure de potassium. D'autres préfèrent des moyens d'un autre genre, et l'on comprend qu'on peut parvenir à modifier heureusement la constitution par divers moyens; seulement, il importe de faire remarquer que ce n'est pas en donnant du bon vin et des viandes rôties qu'on y parvient. Nous vivons dans une époque où l'on se fait peut-être plus de gloire à bien couper qu'à bien guérir; l'élément dynamique des maladies, qui peut faire saisir les véritables indications d'un traitement interne, n'est guère étudié par les chirurgiens, et ils affectent une sorte de mépris pour les connaissances relatives à l'action véritable des médicaments. Cette prévention est, il faut le dire, des plus fâcheuses pour l'art. Il en résulte que dans les cas du genre de ceux dont nous parlons, on n'emploie d'autre moyen que le bistouri, parce qu'on ne sait rien de mieux prescrire; on ne s'imagine même pas qu'il puisse y avoir de médicaments capables de combattre cet état cacochyme de l'organisme; on croit que c'est de la faiblesse causée par la maladie locale et l'on méconnait la subphlogose latente qui sillonne sourdement dans l'arbre vasculaire et qu'on pourrait heureusement combattre à l'aide des mêmes remèdes qu'on oppose à la chlorose.

Un autre point important, sur lequel nous devons appeler l'attention dans les amputations de l'avant-pied, concerne la retraction du moignon, ou plutôt du tendon d'Achille, qui entraîne quelquefois le tronçon astragalo-calcanéen en arrière. On avait d'abord douté de cette rétraction; des faits, cependant, sont venus la rendre incontestable. Nous avons vu nous-même un cas de ce genre, et, il y a quelques semaines, M. Martin nous a montré une jambe artificielle qu'il confectionnait pour une personne amputée aux États-Unis, et qui se trouvait dans ce cas. On conçoit que, le talon se trouvant soulevé, le patient ne peut marcher que sur la pointe du moignon, ce qui rend la démarche mal assurée, car outre que le pied ne trouve pas une base de sustentation suffisamment large pour soutenir le poids du corps, l'appui sur le bord antérieur du moignon est incommode, douloureux, peut-être même insuportable. Ce qu'il y a de remarquable, c'est que la demi-luxation de l'astragale ne s'opère ordinairement que longtemps après la cicatrisation de la plaie. Pour la prévenir, Chaussier avait proposé l'usage d'une sorte de pantoufle garnie de deux courroies en avant, qui venaient s'attacher à une genouillière, ce qui portait la pointe du moignon en haut et luttait avantageusement contre l'action des gastroméniens; Percy en fit l'éloge et en recommanda l'usage (1816). On a proposé et probablement aussi pratiqué dans ces derniers temps la division sous-cutanée du tendon d'Achille, pour ramener le moignon à sa direction normale; mais, d'après M. Blandin, cette mesure ne remédie qu'incomplétement à la chose. Nous devons faire remarquer que, dans les hôpitaux de Paris, nous n'avons jamais rencontré la retraction en question, si ce n'est dans un cas opéré dernièrement

par M. Robert; mais dans ce cas lui-même, la déviation a été corrigée à l'aide d'un pansement convenable. Dupuytren tenait la jambe dans la demi-flexion, pendant la cicatrisation, afin de neutraliser l'action des muscles du mollet. M. Blandin a fait voir que cet accident peut être évité *sûrement* si l'on veut se donner la peine de soutenir le moignon dans les pansements, à l'aide d'un grand nombre de bandelettes collantes posées du mollet au talon, à la plante et au front de la jambe, et surtout de l'application du bout du talon sur un oreiller de paille, afin que le poids du membre porte sur lui, l'empêche d'être tiré en arrière, et oblige le moignon à rester fléchi en avant ou à angle droit sur la jambe. Par suite de cette disposition, la cicatrisation s'effectue de telle sorte que les fragments des tendons plantaires viennent s'anastomoser avec les fragments des tendons dorsaux. En vertu de cette union, la rétraction du moignon devient impossible.

On se rappelle qu'il y a plusieurs années, M. Blandin a présenté à l'Académie de médecine une pièce anatomique qui démontrait précisément le fait que nous venons d'énoncer; les deux ordres de cordes tendineuses jouaient sur les surfaces cartilagineuses antérieures des os de la première rangée du tarse comme sur une poulie, et le moignon fonctionnait parfaitement. Ces observations ne seront pas perdues pour la pratique. Il restait néanmoins toujours la crainte de voir la demi-luxation s'opérer petit à petit à la longue, par le fait même de la démarche. M. Lisfranc vient de mettre en usage, sur son dernier amputé, un appareil très simple que nous avons vu fonctionner et qui rassûre parfaitement à ce sujet. Cet appareil a été fabriqué par M. Charrière et ne coûte pas plus d'une vingtaine de francs; il se compose d'un demi-pied en liége qu'on introduit dans un soulier quelconque ordinaire; des deux côtés de ce liége partent deux petites attelles en fer, qui vont obliquement à la partie moyenne de la jambe se fixer à une sorte de demi-guêtre en gros cuir. Sur ce point sont deux boutons-vis que le malade fixe à volonté, suivant qu'il trouve plus commode d'avoir le bout antérieur du soulier, et par conséquent du moignon, plus ou moins soulevé. Ce patient a marché parfaitement en notre présence dans les cours de l'hôpital, sans canne et sans boiter; il fait de longues courses sans se fatiguer, et il est impossible de reconnaître à la simple vue qu'il manque de l'avant-pied ou qu'il porte un soulier de cette sorte, les deux petites attelles restant cachées sous le pantalon. Cette espèce de bottine n'est au fond qu'une modification de celle que M. Baudens avait employée chez deux malades auxquels il avait amputé le pied en totalité. Chez ces individus, la bottine, formée aussi sur un soulier ordinaire, portait deux attelles latérales, perpendiculaires au sol, tandis que, chez le malade de M. Lisfranc, les atteles sont obliques d'avant en arrière et de bas en haut.

La cystite chronique qu'on rencontre si fréquemment dans les hôpitaux, et qu'on avait si mal appréciée jusqu'à ces derniers temps, est au nombre des affections qu'on ne saurait trop approfondir, surtout au point de vue thérapeutique. On en voit deux exemples en ce moment, l'un à Saint-Louis (Jobert), l'autre à la Charité (Chassaignac). Le premier s'accompagne de douleurs à l'hypogastre et aux lombes, d'urines légèrement rougeâtres et purulentes, et de fièvre de temps en temps; la prostate est hypertrophiée. On l'a traitée à l'aide de sangsues, d'un séton au dessus des pubis, de boissons rafraîchissantes, de bains; l'on a scarifié la prostate et fait usage du cathétérisme évacuateur; les boissons abondantes d'eau de goudron ont paru produire de bons effets. Le second présentait aussi des douleurs hypogastriques et de la fièvre; il était compliqué de rétrécissement de l'urètre; les urines étaient muqueuses; on a appliqué plusieurs petits cautères avec de la potasse sur l'hypogastre, et des sangsues, donné des boissons rafraîchissantes, et l'on a attendu que les douleurs vésicales fussent apaisées pour attaquer le retrécissement de l'urètre. Dans ces deux cas, le mal était compliqué; mais souvent il s'offre à l'état simple, sans rétrécissement, sans hypertrophie prostatique, sans douleurs, et sa présence ne s'énonce que par l'état muqueux des urines, ou même par la seule impuissance de l'organe à se vider. L'affection qu'on désigne communément du nom de catarrhe vésical, n'est au fond qu'une cystite chronique; elle a pour siége la muqueuse, d'autrefois le mal réside dans la couche musculaire de l'organe ce qui donne lieu à son hypertrophie. Ce sont ces sortes de cystites sourdes qu'on caractérisait autrefois de paralysie isolée, et l'on ne réfléchissait pas que cette impuissance fonctionnelle se rattachait à une subphlogose sourde, à l'instar de celle de la rétine dans certaines amauroses hypersthéniques qu'on regardait aussi comme des paralysies. On oubliait en effet qu'un organe enflammé chroniquement est faible, inapte à fonctionner normalement, et l'on ne s'en rendait compte qu'en invoquant les mystères du système nerveux. Cette prétendue paralysie de la vessie se guérit à l'aide de remèdes antiphlogistiques, en particulier de ceux dont l'action hyposthénisante porte électivement sur l'appareil génito-urinaire, tels que la cantharide, le seigle ergoté, le camphre, la térébenthine et ses composés (eau de goudron, etc.). Nous insistons sur cette erreur de diagnostic, parce qu'elle est commise journellement. N'est-ce pas étonnant de voir caractériser de paralysie isolée une impuissance de la vessie, uniquement parce que la sonde passe librement par l'urètre? L'on isole ainsi une prétendue affection de la moëlle! Au surplus, par le temps qui court, on ne doit pas plus être surpris de pareilles théories que de voir la vieille doctrine de l'antagonisme nervoso-sanguin être remise sérieusement en honneur!

Les rétrécissements de l'urètre ne sont traités dans les hôpitaux que par la seule dilatation; M. Jobert est le seul qui y joint l'action de l'alun, ainsi que nous l'avons expliqué plusieurs fois. La dilatation est diversement exécutée dans les différents services. M. Roux a persisté dans la méthode ancienne; il in-

troduit de petites sondes creuses, de gomme élastique, de volume progressif, qu'il fixe en permanence dans la vessie. M. Lisfranc suit la même méthode, mais il n'emploie, dès le principe, que des sondes volumineuses; il force le rétrécissement petit à petit, et en quelques jours il arrive dans la vessie; alors il fixe l'instrument en permanence dont il augmente consécutivement le volume; mais il en fait un précepte de rigueur, après la guérison, d'engager le malade à se sonder lui-même pendant longtemps, sous peine de récidive. Ce praticien rejette les petites sondes, parce qu'avec elles on ne peut, dit-il, forcer le rétrécissement. M. Blandin, M. Gerdy, M. Chassaignac suivent la méthode moderne, qui consiste, non pas à forcer le rétrécissement, mais bien à le franchir à l'aide de bougies fines dont on augmente le volume par degrés, et qu'on ne tient en place que temporairement, une à deux heures par jour seulement. M. Chassaignac a même poussé ce principe plus loin : il prend une série de bougies en gomme élastique de n^os progressifs; il les dispose dans une rangée de trous pratiqués sur une feuille de papier que le patient doit conserver et représenter chaque jour; il commence par la plus petite ou par celle qu'on fait passer très librement jusque dans la vessie; aussitôt introduite, il la retire, et sans rien déranger aux parties, il en introduit à l'instant même une seconde d'un n° plus élevé; celle-ci passe rapidement dans la voie que la précédente venait de frayer; et, afin que ce passage puisse se faire *illicò*, et avant que les parois ne reviennent pour ainsi dire sur elles-mêmes, l'opérateur, après l'avoir introduite, saisi de la main droite celle qu'il veut mettre ensuite, et fait retirer par la main d'un aide celle qui est dans la vessie. En se tenant ainsi prêt, aussitôt que l'une est ôtée, l'autre est introduite en un clin d'œil. On parcourt ainsi une série de six, huit, dix bougies en quelques instants jusqu'à celle qui paraît passer serrément dans le rétrécissement; celle-ci est alors laissée en place une ou deux heures, suivant la tolérance, le malade l'enlève lui-même. Le lendemain on recommence la même graduation, et ainsi de suite; le dernier n° n'est élevé d'un chiffre qu'autant qu'il passe librement et sans la moindre douleur. A peine la moindre sensibilité est-elle accusée par le malade ou la moindre goutte de sang se montre-elle, qu'on s'arrête et l'on remet la chose au lendemain. M. Chassaignac professe avec raison que les saignements par l'urètre qu'occasionnent les introductions forcées des bougies sont souvent une source d'accidents fâcheux, et qu'on ne saurait trop se tenir sur ses gardes à ce sujet. Jamais le moindre accident par cette manière de procéder, et en définitive, on arrive tout aussi promptement et peut-être même plus tôt, à la dilatation voulue que par l'ancienne méthode, et sans exposer les malades aux dangers des sondes en permanence, ni à l'inconvénient de garder la chambre. Ce mode de pansement par les bougies *progressives et momentanées* n'exige pas plus de dix minutes pour chaque séance, et il offre l'avantage d'être indolore. On obtient, en effet, de la sorte, la dilatation sans exaspérer la cause qui avait occasionné le rétrécissement, la phlogose sourde. Cette manière de procéder n'est pas, à la vérité, décrite dans les livres, à ce que nous sachions, bien que le principe fût déjà posé; nous la trouvons cependant signalée formellement dans une brochure que vient de publier, il y a peu de jours, le docteur Béniqué; et s'il nous était permis de nous citer, nous dirions, que nous avions nous-même été conduit à l'employer, il y a 18 mois, sur un premier malade, avec M. le docteur Fournier-Deschamps, et sur un second, il y a six à huit mois, tous deux étant atteints de rétrécissements graves et anciens; nous avons été étonnés de la promptitude de la guérison, en deux mois environ de traitement.

Quelle que soit, au reste, la méthode à l'aide de laquelle on guérit un rétrécissement, on ne saurait prévenir la récidive sans la continuation du cathétérisme momentané que le patient doit pratiquer lui-même de temps en temps. La cautérisation n'est plus employée dans les hôpitaux, mais elle l'est en ville (pierre infernale), non comme moyen destructeur, mais comme modificateur du travail coarctateur; tel est aussi le but du contact de l'alun sur les tissus malades, dont fait usage M. Jobert. Ce dernier système, de rigueur nécessite l'usage des bougies en cire. Ces bougies sont préférées en ville, mais elles ne valent pas celles de gomme élastique; on peut, au reste, se servir des unes et des autres à la fois, si l'on veut; mais les hôpitaux s'en tiennent exclusivement à ces dernières. Il est des praticiens en ville qui scarifient le point malade du canal, tout en le dilatant avec les sondes. Disons enfin, que M. Chassaignac divise les obstacles que rencontre la bougie en deux espèces : *obstacle par arc-boutement*, c'est-à-dire dépendant de l'engagement de la pointe de l'instrument dans une lacune de la muqueuse; si l'on force dans ce cas, on ne peut que déchirer l'urètre (on le reconnaît aisément, car la bougie est tout à fait arrêtée); il est de rigueur de retirer un peu l'instrument et d'allonger la verge pour le franchir, et s'il se reproduit, mieux vaut remettre l'opération au lendemain, à moins d'urgence; et *obstacle par pincement*, savoir par serrement des parois du rétrécissement contre la bougie qui le franchit; on sent, dans ce cas, que l'instrument n'est point arrêté, il est pincé seulement et on peut le forcer légèrement.

L'érysipèle revient sans cesse sous notre plume, car c'est le fléau des hôpitaux de Paris. Il est peu d'opérations sanglantes graves qui ne se compliquent de cette phlogose redoutable, et il est peu de réactions fâcheuses qui ne soient précédées ou accompagnées par elle. Qu'on ne s'imagine pas que l'érysipèle de nos hôpitaux ressemble à ces rougeurs peu importantes qu'on rencontre dans la classe aisée de la société, surtout dans les climats méridionaux, et qu'on décore du même nom. Chez nous, il est le signal d'un orage dont on ne peut jamais prévoir les terminaisons. Quelque bénigne que soit son apparence au

début, il se termine souvent par la mort, ou il met les malades au bord de leur perte. Une jeune femme est entrée, il y a peu de jours, à Saint-Louis, nous ne savons pour quelle maladie; elle y a été prise d'érysipèle très léger à une joue; le mal a gagné toute la face, toujours bénignement; la pommade au nitrate d'argent a semblé en triompher. Bientôt cependant il a marché vers la nuque, et de là sur tout le dos et les flancs, sous forme de nappes écarlate énormes; les organes intérieurs se sont pris; langue sèche et pointue, pouls vite, disposition vers l'état typhoïde; ces conditions ont dû donner l'alarme, et il ne serait pas improbable qu'elle succombât. Un homme, jeune encore, avait été, il y a trois jours, couché dans la salle Sainte-Marthe à l'Hôtel-Dieu; un érysipèle léger s'est déclaré à la jambe gauche; il a marché vers la cuisse, le membre s'est tuméfié, puis un travail de suppuration s'est déclaré autour du genou et en dehors de la cuisse; dans ces entrefaites, des symptômes encéphaliques se manifestent; délire, fièvre, langue sèche, ischurie; ce matin, 16 octobre, M. Roux a dû le sonder, et il a retiré plusieurs pintes d'urine très colorée; la vie du malade est évidemment en danger. Nous croyons être certain, d'après ce que nous avons vu, que l'érysipèle est beaucoup plus fréquent chez la femme que chez l'homme. Nous parlons de l'érysipèle sporadique ou plutôt endémique des hôpitaux; car on a vu que, dans une épidémie que nous avons décrite il y a quelques mois, aucune distinction de ce genre ne pouvait être établie. Vous croyez obtenir d'excellents résultats d'un traitement que vous essayez contre telle ou telle affection: un érysipèle vient et vous met hors de combat; vous devez prier Dieu alors que les choses tournent pour le mieux. Une femme de la campagne, blanchisseuse, est entrée à la Charité (Velpeau), il y a peu de jours, pour un ramollissement grave de l'articulation du poignet, suite d'un panaris occasionné par une piqûre avec une boucle de bretelle; un bandage compressif dextriné est appliqué et le membre posé sur un oreiller; la malade éprouve, en peu de jours, une amélioration aussi remarquable qu'inespérée, car le cas avait paru réclamer l'amputation; on ébrèche l'appareil avec les ciseaux sur le point correspondant à une ouverture fistuleuse, et l'on excise un rond de plusieurs centim. de diamètre; un érysipèle se manifeste sur ce point, il gagne l'avant-bras, on est obligé de lever l'appareil; les souffrances reparaissent, du pus se forme dans l'articulation, langue rouge et pointue; inappétence, insomnie, fièvre. Qu'arrivera-t il chez cette malade? Qui le sait! Il est, en attendant, douteux qu'on pourra désormais lui épargner l'amputation. On pourrait citer cent autres cas analogues.

Les traitements qu'on suit dans les hôpitauxu sont purement locaux et consistent généralement dans des pommades et des cataplasmes. M. Lisfranc couvre les parties malades de couches abondantes et répétées d'axonge, et applique, plus ou moins abondamment, des sangsues aux alentours. M. Blandin remplace l'axonge par des compresses trempées dans de l'huile d'amandes douces, et s'attache à poser les sangsues vers le confluent des vaisseaux lymphatiques, c'est-à-dire, à la racine du membre malade; mais quand l'érysipèle s'étale en nappe sur le tronc, cette règle n'est plus applicable. M. Velpeau ajoute à l'axonge du sulfate de fer, dans la proportion de 1|8 (1 gros par once), et en fait une pommade martiale; tandis que M. Jobert couvre les parties avec la pommade au nitrate d'argent, et d'autres avec la pommade mercurielle. C'est toujours, en définitive, dans ces cas, un produit métallique combiné à la graisse. Toutes ces substances sont hyposthénisantes au fond, et elles ne diffèrent entre elles qu'au point de vue de leur action élective. On sait d'ailleurs que Dupuytren préférait les vésicatoires cantharidés. On se demande naturellement si ces divers topiques guérissent l'érysipèle? On peut répondre que : *oui*, lorsque le mal est léger; mais ils restent au dessous lorsqu'il est intense, que les organes intérieurs sont intéressés. Dans ce dernier cas, qui est malheureusement assez fréquent, le mal marche malgré tout cela, par la raison que sa source est ailleurs que dans les capillaires périphériques, les grands troncs vasculaires étant eux-mêmes intéressés. Nous croyons néanmoins, d'après ce que nous avons vu, que, comme topiques, les vésicatoires volants étaient réellement énergiques, l'action de la cantharide se faisant aisément sentir dans les tissus, malgré l'état d'inflammation qui leur enlève la faculté absorbante. M. le professeur Trousseau prétend que, dans ces cas. la maladie guérit par *substitution* (sic), c'est-à-dire, par homéopathie, ce qui nous ramènerait à une doctrine de mots dont le moindre défaut est le vide complet d'une saine raison médicale.

Qu'il nous soit permis maintenant d'exprimer le regret de ne voir, dans ces occurences, associer un traitement constitutionel à ces moyens locaux. Déjà M. Bouillaud a fait voir l'utilité des saignées du bras dans l'érysipèle. Ce praticien, cependant, a été mal compris, et l'ancien préjugé de la répercussion a fait rejeter à tort un moyen salutaire. D'autres néanmoins avaient également recommandé le même moyen, et il est fâcheux qu'une malheureuse prévention fasse négliger de nos jours le remède antiphlogistique par excellence; mais c'est aux remèdes hyposthénisants vasculaires qu'on doit surtout s'attacher pour l'usage intérieur après la saignée, ainsi qu'on le fait en Italie avec un succès presque constant (tartre stibié, nitrate de potasse, sulfate de quinine, eau de laurier-cerise, etc.). Cette assertion doit, nous le savons, paraître étrange d'après les idées reçues sur l'action de ces médicaments; mais, puisque le mal est au dessus des topiques indiqués (lorsqu'il est intense) et qu'il marche vers une terminaison fâcheuse, n'est-il pas rationel d'abandonner les théories et de s'en tenir à la seule expérience empirique? Nous n'en demandons pas davantage. Peut-être nous saura-t-on quelque gré d'avoir apprécié avec indépendance des médications adoptées par des chirurgiens éminents, et prônées

généralement par nos maîtres comme douées d'une grande efficacité! Nous devons enfin à la vérité de dire que M. Roux a pour pratique de prescrire, dans les érysipèles graves, du tartre stibié en lavage dans du petit lait (10 centig. par jour), ce qui produit souvent d'excellents effets.

Hôpitaux militaires.

Hôpital du Gros-Caillou (M. Gimelle). **Syphilis secondaire.** — Il est vraiment curieux d'interroger, au point de vue de leurs rapports sexuels, ces jeunes athlètes, enfants de la joie qui, s'ennuyant en temps de paix, tuent la monotonie de leur vie sédentaire par des diversions de plus d'un genre, et trouvent (d'après leurs propres aveux) dans ce gouffre de la capitale, des entrées à loisir, au vil prix de 50 centimes, dans des maisons de débauche en guenilles, où on leur fait même quelquefois crédit! Pleins de charité fraternelle, ils s'instruisent réciproquement, et des régiments entiers passent quelquefois, en peu de jours, par les mêmes exercices. On comprend pourquoi la maladie vénérienne trouve, chez les militaires, un terrain bien producteur et une source de propagation à l'infini. La plupart de ceux que nous venons d'interroger avaient essuyé deux ou trois fois le même malheur; l'un d'eux, qui était encore novice, est resté victime d'une ophthalmie blennorrhagique qui s'est terminée par la perte complète de la vue. Tous se promettent de se tenir sur leurs gardes à l'avenir; tous retombent cependant toujours dans le même piége. Tant il est vrai que certains projets de l'esprit humain se ressentent de l'état fonctionnel de nos organes et y sont en quelque sorte subordonnés!

Notre attention a porté, dans le trimestre qui vient de s'écouler, sur les véroles secondaires, si fréquentes et si redoutables dans la pratique civile. Pour cela, nous avons dû suivre d'abord les sujets atteints de vérole primive, tenir compte des premiers traitements et vérifier la durée de la guérison déja obtenue. Nous avons eu la satisfaction de nous assurer que, dans les quatre salles destinées aux vénériens, composant un service de plus de 200 lits, il n'y a eu, jusqu'à présent, que deux seules récidives dans le nombre des malades traités pendant le trimestre qui vient de s'écouler. Ces deux récidives concernent les deux hommes dont nous avons parlé dans le dernier numéro et qui sont presque guéris aujourd'hui, sous l'influence de la double administration mercurielle, par bouche et en frictions. Chez l'un, la guérison a marché rapidement; 22 pilules de protoiodure de mercure et une dixaine de frictions de pommade napolitaine, de huit gros chaque, ont suffi pour modifier la peau, faire affaisser les indurations cutanées, prévenir le retour des croûtes, et ramener le derme et les fonctions organiques à leur rhythme naturel. Les taches cuivrées ont perdu leur teinte foncée, elles se sont de plus en plus éclaircies et rétrécies, et ont fini par disparaître presque entièrement. On a alors supprimé les mercuriaux et prescrit une tisane dite sudorifique. Ainsi, la guérison de cette vérole secondaire a été obtenue en un mois ou six semaines environ. Chez l'autre, la forme de la syphilis a été plus intense et plus opiniâtre; il a fallu pousser le nombre des pilules bien au delà; il en a pris 42 jusqu'à présent, et il est probable qu'on ira jusqu'à soixante, ainsi que cela arrive souvent dans ces cas; les frictions mercurielles sont toujours continuées à la même dose, une tous les deux jours et alternées sur les quatre membres. L'amélioration déjà obtenue est remarquable, les croûtes ne se sont plus reproduites et les taches offrent la teinte rose, ce qui indique une disposition franche vers la guérison; le nombre et la largeur de ces taches ont d'ailleurs beaucoup diminué. Nous avons remarqué, d'autre part, que les grappes de ganglions cervicaux dont nous avons parlé suivaient la même marche décroissante que les croûtes, à mesure que la guérison avançait. Voila pour le résultat du traitement de la vérole secondaire.

Remontons maintenant un instant au traitement de la vérole primitive, car c'est là que l'homme de l'art doit chercher l'explication de la proportion des récidives, quoiqu'en disent certains auteurs. On ne veut pas de traitement général dans les chancres primitifs, à moins qu'ils ne s'indurent, qu'ils ne subissent la transformation *in situ;* on se borne à quelques cautérisations, à quelques lotions avec du vin aromatique; et si le chancre se cicatrise, ainsi que cela arrive souvent, on abandonne le tout à la nature et l'on charge le patient de prier Dieu de le préserver de la vérole constitutionnelle! Ces prières ne sont malheureusement pas souvent exaucées; aussi rencontre-t-on des récidives, des véroles secondaires et tertiaires en grand nombre dans la pratique civile. Ce que nous venons de voir au Gros-Caillou nous ramène à la pratique ancienne, à la pratique adoptée et recommandée par Hunter, savoir à l'emploi des mercuriaux dans les chancres primitifs, comme moyen préventif de la récidive. Sans doute que cela n'atteint pas toujours le but; mais les récidives sont si rares au Gros-Caillou, où l'on suit ce système, qu'il est raisonnable d'attribuer ce résultat à l'influence des mercuriaux. Nous avons déjà dit, dans les deux derniers numéros, d'après quelles règles ce traitement était dirigé; il ne s'agit pas de faire passer les malades par les grands remèdes, comme on le faisait autrefois avec une sorte de règle invariable pour tous les sujets; on administre les pilules avec toute la circonspection que demande l'état des organes; on en suspend l'usage aussitôt que les gencives menacent de s'affecter, pour y revenir quelques jours après; jamais de salivation; et, dans tous les cas, on en supprime complétement l'usage dès que les symptômes primitifs rentrent dans les conditions d'une franche guérison. Une chose essentielle et sur laquelle nous avons été à même de constater l'influence au Gros-Caillou, c'est la direction du régime alimentaire et le repos. Pour peu que les malades s'écartent de l'alimentation légère qu'on leur prescrit, qu'ils mangent à discrétion, qu'ils boivent du vin, qu'ils se promènent dans les salles, dans les corridors, dans les cours, on voit de suite leurs chancres, leurs plaies des bubons, changer de mine, se creuser, devenir grisâtres ou phagédéniques, ou tout au moins perdre le caractère de réparation qu'ils offraient auparavant; les bubons eux-mêmes s'élargissent et s'indurent. Cela est si constant, qu'à la seule inspection des parties malades, on peut prévoir ce qui est

arrivé la veille, et des recherches bien dirigées ne manquent presque jamais d'amener la découverte de l'imprudence. Cette double condition du régime et du repos ne saurait donc être trop recommandée pour obtenir une prompte guérison ; elle a peut-être aussi de l'influence sur la récidive. On comprend cependant qu'elle est plus difficile à observer dans la pratique civile. Allez faire comprendre à un jeune fashionable atteint de chancres, qu'il est essentiel qu'il garde la chambre, qu'il se tienne à un régime modéré, s'il veut prévenir de longues et fâcheuses suites de la maladie! Il faut en convenir au surplus, les chirurgiens eux-mêmes ne paraissaient pas y attacher de l'importance; cela tient à ce qu'on n'étudie pas assez les conditions dynamiques des maladies. Nous croyons néanmoins avoir remarqué que ces exaspérations qui prolongent la maladie primitive et qui prédisposent à la récidive sont plus fréquentes dans les constitutions faibles, lymphatiques, ainsi que Hunter l'avait observé lui-même au reste.

Dans la technologie syphilitique de Hunter, les symptômes de la vérole ont été partagés en primitifs, secondaires et tertiaires (V. Hunter, p. 547). Quelques personnes qui ne lisent pas attribuent une pareille distinction à M. Ricord, qui cependant est loin de s'en rendre auteur (V. la note qu'il a ajoutée à Hunter, même page). Ce praticien néanmoins a dénommé *successifs* les symptômes qui succèdent aux primitifs et qui pourtant ne sont pas les symptômes secondaires (bubons, etc.). Dans ce nombre on peut ranger probablement aussi un cas remarquable de *végétations stalactiformes* d'un développement magnifique faisant couronne à toute la surface du gland, depuis la base du prépuce jusqu'au méat urinaire, que nous avons observé dernièrement chez un des malades du Gros-Caillou. Il s'agit d'un jeune homme d'une excellente constitution, qui avait une chaude-pisse et une balanite. Les excroissances avaient pris un développement énorme, le gland en était enseveli ; M. Gimelle a observé que si on les excise, ainsi qu'on est naturellement porté à le faire, ces végétations repullulent avec une énergie prodigieuse et se multiplient davantage. On dirait, ajoute M. Gimelle, que le sang qu'elles répandent sur les parties environnantes quand on les excise agit de telle sorte qu'il sème pour ainsi dire de nouvelles végétations. Aussi a-t-il trouvé plus avantageux de les flétrir sur place à l'aide de légères cautérisations répétées avec le nitrate acide de mercure et de les panser ensuite avec un linge enduit de pommade mercurielle. Un traitement mercuriel interne a été prescrit en même temps à ce malade et ses excroissances ont disparu dans l'espace de deux mois. Ce malade est presque guéri aujourd'hui.

Terminons cet article par un fait relatif à un bubon de l'aîne présumé secondaire. Un homme robuste a eu deux fois la vérole ; la dernière, date de quatre ans, elle avait été guérie. Aujourd'hui il entre à l'hôpital pour un bubon multiple à l'aine gauche. Ce mal est-il vénérien? M. Gimelle le présume et il le traite comme tel; cependant on ne rencontre rien à la verge, aucune éruption, rien à la gorge, ni ailleurs, si ce n'est pourtant des ganglions en nappe sur les côtés de la nuque, comme dans la vérole secondaire. Le traitement mercuriel est suivi depuis quelques jours et le bubon paraît rétrograder. Son amélioration cependant, ni même sa guérison par le mercure, ne sera pas une preuve univoque de sa nature syphilitique; mais cela importe peu à la pratique. Il est remarquable que les chancres syphilitiques secondaires n'ont pas la propriété de produire des bubons comme les chancres primitifs. Cette observation n'avait pas échappé à l'esprit investigateur d'Hunter. « Lorsqu'il y a, dit-il, un ulcère vénérien dans la gorge, il ne se forme aucun bubon dans les glandes du cou; lorsqu'il y a des ulcères vénériens sur le bras, ou même des nodus en suppuration sur le cubitus, on ne voit survenir aucun gonflement des glandes de l'aisselle; au contraire, ces gonflements glandulaires ont lieu si on applique du pus vénérien récent sur un ulcère commun du bras, de la main ou des doigts. Aucune tuméfaction ne se manifeste dans les glandes de l'aîne consécutivement aux nodus ou aux taches syphilitiques des jambes et des cuisses. On peut supposer que ces ulcères ne donnent lieu à aucune absorption ; mais une telle supposition ne me paraît nullement fondée. »

Hôpital Saint-Louis (M. Jobert).

Dégénérescence colloïde du calcanéum (*Affection non encore décrite*). *Amputation de la jambe à lambeau postérieur.*— Un homme âgé d'une cinquantaine d'années, de bonne constitution, portait depuis son enfance une tumeur à la face plantaire du calcanéum du côté droit; il n'y avait jamais souffert jusqu'à ces derniers temps, et n'avait songé par conséquent à s'en faire débarasser. Depuis quelque temps cependant, son mal s'était ulcéré et avait occasionné de la souffrance, ce qui a déterminé le patient à se faire recevoir à Saint-Louis. A l'examen, on trouve une tumeur globuleuse, saxiforme, du volume d'un gros poing d'adulte, placée à la partie postérieure de la plante du pied, surface tubéreuse comme celle de certaines pommes de terre, mollasse sur plusieurs de ces tubérosités, très dure à la base, mais mollasse aussi vers son milieu, continue avec le calcanéum, inébranlable, ulcérée seulement à son sommet par une sorte de trou infundibulaire, à bords durs et lardacés. A cet aspect on croyait voir une tumeur encéphaloïde, compliquée d'exostose du calcanéum, ou si l'on veut une sorte d'ostéosarcome ou de spina-ventosa malin. Les alentours de la base de cette tumeur étaient malades, la plus grande partie de la plante était dure au toucher; les articulations des os du pied étaient peu mobiles et les surfaces tibio-astragaliennes paraissaient ankylosées. Au reste, la peau du pied était saine et la jambe exempte de maladie, si ce n'est qu'elle était un peu maigre. Pas de ganglions à l'aîne ni ailleurs; l'état de la constitution paraissait parfait. Il était évident que l'ablation isolée de la tumeur eût été impraticable; restait cependant la désarticulation du pied ; mais on vient de voir que l'articulation tibio-astragalienne était ankylosée; en conséquence, M. Jobert a pratiqué l'amputation de la jambe au quart inférieur. Pour cela il a suivi le procédé à lambeau postérieur dont nous avons parlé dans le dernier numéro, il l'a exécuté de la manière suivante :

Opération. Placé entre les jambes du patient, l'opérateur a enfoncé son couteau à plat dans la partie inférieure du mollet, à ras des os, le tranchant tourné en bas; puis en le faisant glisser de haut en bas jusqu'au niveau des chevilles, il a coupé en un clin d'œil un lambeau aussi épais que possible, ayant de 15 à 18 centim. (5 à 6 pouces) de longueur. Il a ensuite divisé circulairement la peau du front

de la jambe au niveau de la base du lambeau et achevé la section des autres parties molles à l'ordinaire. Les os ont été sciés à un centimètre au dessous de la section circulaire de la peau du front de la jambe, afin que le grand lambeau en venant couvrir le moignon ne s'affrontât avec les parties molles antérieures qu'un peu au dessus de la surface du moignon lui-même. Cette précaution a pour but de donner un moignon aussi matelassé que possible de parties molles, et une cicatrice excentrique, savoir placée sur une ligne supérieure et en dehors de l'action compressive du poids du corps pendant la démarche. La plaie a été réunie avec des épingles et des fils, comme celle d'un bec-de-lièvre, ainsi que M. Jobert a l'habitude de le faire dans toutes les amputations. Vers le quatrième jour, cette plaie a été frappée de pourriture d'hôpital, ce qui a enlevé l'avantage d'une réunion immédiate; mais le mal a été aussitôt attaqué par la cautérisation avec le nitrate acide de mercure. On a dû revenir à ce moyen, car le malade a ressenti consécutivement des douleurs lancinantes qui sont le symptôme précurseur de nouvelles invasions de pourriture, et la plaie s'étant couverte de fausses membranes grisâtres. Le moignon était encore un peu gonflé et rouge les jours suivants, mais les bienfaits de la méthode opératoire n'ont pas été compromis, car le tout était resté matelassé par le grand lambeau postérieur. Les suites de cette cure, quelles qu'elles soient, rentrent dans les lieux communs de la chirurgie. Nous pouvons les omettre sans inconvénient.

La dissection de la tumeur a été faite à l'aide d'un coup de scie qui a divisé verticalement le pied et la tumeur en deux moitiés latérales suivant l'axe médian antéro-postérieur. La tumeur s'est trouvée formée par le calcanéum lui-même converti en matière cancéreuse, de la forme appelée *colloïde*. Cette matière n'était qu'infiltrée sur quelques points profonds du parenchyme osseux; elle avait remplacé l'os dans tous le reste, surtout à mesure qu'on approchait de la peau, ce qui ferait présumer qu'en origine la maladie ne siégeait peut-être que dans le périoste plantaire. Des aspérités osseuses s'étaient formées de toutes parts, ce qui explique cette dureté, cette apparence saxiforme que la tumeur présentait surtout vers sa base. La matière colloïde était à l'état de ramollissement sur quelques points, à l'état de crudité sur d'autres; ici elle ressemblait à des morceaux de tendons de veau très cuits; là, à de la gelée ou de la colle ramollie. Cette matière s'était extravasée en partie de la tumeur, si l'on peut parler ainsi, elle avait fusé dans presque toute la plante, sous la peau, dans les articulations tarsiennes et métatarsiennes, et en haut, autour de l'astragale, ce qui explique pourquoi toutes ces articulations étaient ankylosées. Ces infiltrations n'avaient pu être prévues d'après l'examen des parties avant l'opération.

— Dans des recherches que nous avions publiées il y a plusieurs années sur les maladies chirurgicales du pied, en particulier du calcanéum et de l'astragale, nous n'avions trouvé nulle part signalée l'affection dont on vient de lire les détails. Les articles qui ont paru depuis, dans plusieurs dictionnaires, n'en font pas davantage mention. C'est que le cas ne s'était peut-être pas encore présenté, ou bien sa nature avait été méconnue. On peut assurer néanmoins que le développement colloïde du calcanénm est excessivement rare puisque aucun des chirurgiens des hôpitaux n'en avait connaissance. Le tissu spongieux du calcanéum se prête très bien à des dépôts tuberculeux chez des sujets scrofuleux; il en résulte une sorte de nécrose nucléiforme ou parcellaire, enkystée, que personne n'avait signalée avant notre travail; on conçoit de la même manière un dépôt de matière colloïde dans le même tissu, surtout dans le jeune âge, comme cela était arrivé chez le malade en question. Qui sait même si la tumeur ci-dessus n'était au fond qu'une transformation d'un tissu tuberculeux, qui aurait carnifié l'os par la disparition de l'élément calcaire et permis ensuite à la matière cancéreuse de s'y infiltrer? Au reste, la chose serait plus facile à concevoir si l'on admettait, ainsi que nous l'avons dit, qu'en origine la tumeur pouvait avoir pour siége le périoste, à l'instar du fongus périostal des Anglais; mais en ce cas, on se demande pourquoi l'os, au lieu de se nécroser, s'est au contraire ramolli, infiltré et converti en tissu lardacé. Cette observation, en fournissant un type nouveau à la pathologie déjà si étendue des os du pied, appelle l'attention sur l'une des formes les plus rares qu'affecte le cancer chez l'homme.

Hypertrophie et ramollissement pultacé du col utérin. *Bons effets du fer rouge.* — Une jeune personne aux belles formes, âgée d'une vingtaine d'années, d'une fraîcheur remarquable, s'était adonnée à des exercices générateurs un peu forcés et trop souvent répétés. Ses belles proportions et son jeune âge l'avaient en effet exposée à toutes les occasions de ce genre, et soit qu'elle ait contracté quelque maladie contagieuse qu'elle n'avoue pas, soit qu'elle fût passée par un avortement qu'elle craint de faire connaître, ou bien encore par l'irritation naturelle occasionnée par ces abus, un écoulement vaginal s'est déclaré, puis des douleurs vers l'utérus et enfin des métrorrhagies incessantes depuis plusieurs mois, s'exaspérant surtout par le coït, ce qui l'avait fait un peu maigrir et décidée à se faire recevoir à St.-Louis. A l'examen au spéculum, on trouve un col utérin singulièrement développé, il est très haut, offre le volume, la forme, la couleur et la consistance d'une grosse prune cuite. On aurait dit au premier regard que ce col était cancéreux, cependant en le nettoyant bien avec un pinceau de linge il n'est qu'atteint d'un ramollissement bénin, mais tellement prononcé qu'on pouvait l'aplatir, son tissu étant presque pultacé et donnant abondamment du sang à chaque léger attouchement. Après huit jours d'attente et d'observation, M. Jobert y a porté un bouton de feu qu'il a appliqué à trois reprises au même instant; la patiente ne l'a même pas senti, elle ne s'est plaint de rien et n'a pas su probablement ce qu'on venait de lui faire. C'est ce qui a lieu ordinairement lorsque la muqueuse du vagin est bien garantie par un spéculum en ivoire sans valves. Le premier effet de cette cautérisation a été d'arrêter complétement le sang qui épuisait l'organisme, et de diminuer de beaucoup les fleurs blanches. Huit jours après, les escarrhes étaient tombées, le col avait meilleure mine, le sang n'avait pas reparu, la patiente souffre moins et se sent mieux sous tous les rapports. Nouvelle cautérisation. Les jours suivants, la femme va de mieux en mieux, le sang n'a pas re-

paru, les fleurs blanches diminuent. On continuera les cautérisations tous les huit jours, jusqu'à la destruction à peu près complète de la portion saillante du col. Nous n'avons pas besoin de suivre cette observation jusqu'à la fin pour annoncer la guérison dans l'espace d'un à deux mois, ce résultat n'étant que très ordinaire dans les cas de ce genre que nous avons suivis; le fait qu'on vient de lire n'a été recueilli qu'à cause de la forme particulière du ramollissement. Nous devons cependant appeler l'attention sur cet effet remarquable du cautère actuel, d'arrêter immédiatement la métrorrhagie provenant du tissu même malade, c'est-à-dire, du col. Cet effet se comprend par l'action mécanique et chimique du calorique sur les vaisseaux. Nous avons observé que ce moyen était encore ce qu'il y avait de plus énergique même dans les cas où le sang émanait d'un véritable cancer incurable; on arrête le sang, et, par là aussi, la mort imminente. Une femme âgée de 50 ans passés, qui se trouvait dans ce cas, était cachectique, jaune-paille, bouffie et sur le point de succomber à des pertes sanguines excessives que rien n'avait pu arrêter. Le cautère actuel a diminué d'abord, puis arrêté complétement le sang; son cancer la dévore et l'emportera sans aucun doute; mais en attendant elle a repris des forces, est moins jaune, a de l'appétit, et c'est là autant de gagné sur le terme de l'époque fatale. A ces divers points de vue, le cautère actuel porté sur le col utérin est donc un remède qui se recommande hautement à l'attention des chirurgiens.

Brulure énorme au membre abdominal. bains froids. — Une femme de 50 ans environ, de haute taille, corpulente, est tombée dans une chaudière de lessive bouillante et s'est brûlée horriblement toute la jambe, la cuisse et la fesse du côté droit. M. Jobert lui a prescrit un bain froid tous les jours; ce remède a produit un excellent effet; non seulement le travail suppurant a été avorté en grande partie, mais encore la réaction viscérale, si redoutable en pareils cas, a été fort minime. Pansement simple après chaque bain. Les bains froids ont sauvé cette malheureuse d'une mort presque certaine; on ne saurait trop en recommander l'usage dans les brûlures graves. On sait d'ailleurs quels bons résultats on obtient journellement des irrigations froides en pareils cas.

Arrachement du bras. — Un petit enfant âgé de 2 ans et demi, fils d'un ouvrier, s'est approché d'une mécanique et a porté sa main sur une roue à engrenage. A l'instant sa main a été engagée dans le mouvement, et, à sa suite, l'avant-bras et le bras; le tronc allait suivre, et la face du malheureux enfant avait déjà été frappée contre la roue, lorsqu'un des ouvriers s'en est heureusement aperçu et l'a arraché à l'horrible mort qui allait le frapper en un clin-d'œil. Transporté à Saint-Louis, l'enfant a présenté un bras tellement broyé, qu'il était roulé sur lui-même depuis la main jusqu'au dessous de l'aisselle, comme une sorte de pelotte; à la partie supérieure, la lésion s'arrêtait à quelques travers de doigts de l'épaule; on n'a eu qu'à achever l'amputation déjà opérée; quelques vaisseaux ont dû être liés. On a pansé le petit moignon à l'ordinaire. Les deux jours suivants, le petit patient a été fort agité, n'a pas dormi et s'est beaucoup plaint. Aujourd'hui, quatrième jour, il va bien, il a dormi toute la nuit dernière, a bu du lait, mangé de la soupe et repris ses couleurs roses et sa gaîté habituelle. Le moignon cependant suppure abondamment et le pus ne paraît pas bien franc, à cause sans doute de quelques tissus mortifiés dans le moignon et qui doivent se détacher. C'est aussi ce que nous avons observé dans un autre cas d'arrachement du bras que nous avons rapporté, il y a quelques mois, et qui s'est terminé heureusement. La science ne possède qu'un petit nombre de cas d'amputation à un âge aussi tendre. Tout annonce que cet enfant guérira heureusement.

Faits divers. — 1° *Fistule périnéale.* — Dans un cas de fistule périnéale ancienne, provenant de la rupture de l'urètre chez un homme, M. Jobert, après avoir tenté inutilement plusieurs moyens, a excisé une partie du trajet et bouché la brèche à l'aide d'un lambeau de peau emprunté à la face interne de la fesse (*V.* n° de juillet, p. 148). Ce malade est presque complètement guéri aujourd'hui; les urines, en effet, sortent toutes par la sonde, et un petit pertuis qui était resté à côté du lambeau ne suinte qu'à peine depuis plusieurs jours et s'oblitère évidemment à l'aide de la compression et de la cautérisation. Ces faits de fistules urinaires rebelles sont si importants pour la pratique que nous ne nous lassons pas de les recueillir avec soin.

Hypertrophie des amygdales. — Chez des enfants indociles atteint d'hypertrophie des amygdales, M. Jobert se contente de passer de temps en temps la pierre infernale sur les tumeurs; leur volume diminue ou leur accroisement s'arrête, et l'on peut ainsi prévenir la nécessité de l'ablation ou attendre sans inconvénient une époque favorable pour la pratiquer.

Hôpital de la Charité (M. velpeau).

Hydrencéphalocèle. Excision. Mort pendant l'opération. — Il est des cas, hélas! dans la carrière de notre art, tellement malheureux, tellement pénibles, qu'ils rappellent sans cesse ces mots échappés un jour de la bouche de Dupuytren: *L'art de guérir est un tourment continuel pour l'homme qui l'exerce avec conscience*! De ce nombre est le fait que nous allons raconter et qui s'est passé sous nos yeux. — Un petit enfant du sexe masculin, âgé de 5 jours, est venu au monde avec une tumeur à la nuque, du volume des deux poings d'un homme adulte, ou un peu plus. Ce volume est un peu plus prononcé que celui de la tête; de sorte que l'enfant semble, au prime-abord, un bicéphale. Cette tumeur, placée précisément à la partie inférieure et moyenne de l'occipital, se présente comme une énorme vessie remplie d'eau; elle pend entre les épaules et entraîne la tête en arrière lorsqu'on soulève le corps de l'enfant; quand celui-ci est couché sur le côté (et il ne peut rester que de la sorte), la tumeur suit la tête sur le même oreiller; les palpements le font pleurer constamment. A part cette maladie, l'enfant paraît très bien conformé, il est bien développé, offre des traits réguliers et bien prononcés; il tête très bien et avec avidité, remue avec vivacité les membres et exécute bien toutes les fonctions organiques; en un mot, c'est ce qu'on appelle un bel enfant. La tumeur est très mollasse et très fluctuante au toucher; elle est compressible et presque ondulante dans sa partie la plus éloignée du crâne; mais à mesure qu'on approche de celui-ci, on sent une matière mollasse, non ondulante. Sur ce point, elle offre une sorte de pédicule inhérent ou continu avec l'occipital, du diamètre de quatre à six centimètres (1 à 2 pouces); là la fluctuation n'existe plus et l'on ne sent qu'un corps très mou. Le toucher périphérique fait sentir en bas un petit bourrelet osseux qui donne la certitude que la tumeur communique avec la boîte crânienne; cependant, des

manœuvres de taxis n'opèrent aucun refoulement, et la tête de l'enfant n'en ressent aucun effet appréciable à l'extérieur. Les téguments de la tumeur sont évidemment formés par la peau du crâne distendue; les cheveux de l'occiput se trouvent ainsi déplacés et font partie du pédicule de la poche morbide. Vers le sommet, les enveloppes sont très amincies, excoriées et menacent de se rompre par la formation probable d'une escarre. Telles sont les conditions extérieures de la maladie. M. Velpeau a diagnostiqué une hydrencéphalocèle, c'est-à-dire, une hydropisie du quatrième ventricule du cerveau qui se serait fait jour au dehors, par la fontanelle occipitale, accumulée sous les téguments crâniens pour former la poche fluctuante, et qui aurait entraîné en même temps le cervelet au dehors, constituant la partie prè-occipitale de la tumeur. — Pour s'assurer de la nature du liquide, M. Velpeau a pratiqué, aujourd'hui, 11 octobre, une ponction exploratrice, dans la tumeur, avec un petit trois-quarts aiguille. Il en est sorti un liquide roussâtre comme de la teinture d'iode. Pendant cet écoulement l'enfant criait, et nous sentions dans la tumeur, que nous soutenions dans nos mains, des espèces de secousses ondulatoires à chaque cri de l'enfant. Après la sortie du trois-quarts, le liquide a continué à couler, et même à jaillir si on comprimait la poche. L'écoulement a persisté toute la journée et une partie de la nuit, de sorte que, le lendemain matin, la tumeur avait diminué de volume et s'était aplatie sur l'oreiller comme une vessie à moitié remplie d'eau. L'examen aujourd'hui, 12 octobre, fait plus clairement distinguer la masse mollasse et aplatie qui est à la racine de la tumeur; on peut l'aplatir et l'étaler, en quelque sorte, comme une hernie épiploïque; cette manœuvre provoque chez l'enfant des cris de douleur; le bourrelet osseux de l'occipital est lui-même plus appréciable que la veille. Le diagnostic, en un mot, se trouve confirmé et éclairci par cet examen. Disons enfin que, par suite de la ponction d'hier, l'enfant a paru maigri et pâli un peu, son visage est moins coloré, bien qu'il ait continué à téter à l'ordinaire.

Opération. — Aujourd'hui, 12 octobre, sixième jour de la naissance de l'enfant, M. Velpeau l'a fait transporter à l'amphithéâtre et lui a pratiqué l'opération suivante : Avec un fort ruban de fils cirés, il a pratiqué à la base de la tumeur et au niveau de l'occiput une ligature en masse; à mesure que le nœud était serré, l'enfant criait, puis sa voix s'est affaiblie de plus en plus, enfin elle s'est éteinte. Ensuite il a pratiqué une incision circulaire sur les téguments de la tumeur, en deçà de la ligature. En tirant un peu sur ces téguments, l'enveloppe entière s'est arrachée et est restée à la main de l'opérateur, comme un bonnet ou une calotte; cet arrachement étant inattendu a causé une douloureuse surprise, puisqu'on s'est trouvé en présence d'une masse molle, sanglante, du volume d'un citron, évidemment formée par le cervelet. Déjà un premier coup de bistouri avait divisé cette substance et du sang artériel s'écoulait en nappe; l'opérateur s'est de suite assuré de la nature de ce corps : il y a reconnu le cervelet; il a continué son excision en deçà de la ligature; mais, dans ces entrefaites, l'enfant qui déjà avait jauni et pâli, et avait cessé de crier, rendait le dernier soupir. L'excision du cervelet et les mouvements d'agonie de l'enfant ont été presque instantanés. L'examen des pièces excisées a fait voir que le cervelet était enlevé presque en totalité: il était mou, enveloppé de ses membranes naturelles fortement injectées. Entre ces membranes et le cervelet lui-même était, dans la partie saillante, une petite poche, du volume d'un petit œuf de poule, remplie de sérosité. La calotte de la poche extérieure qui avait été arrachée était formée de téguments crâniens distendus; sa face interne était celluleuse, mais lisse. Il est donc resté évident que la grande poche extérieure qu'on maniait, était formée par la sérosité recueillie sous les téguments occipitaux distendus; qu'au fond de cette poche, près de l'occiput, il y en avait une seconde formée par les membranes du cervelet, distendues par un liquide et par le cervelet lui-même qui était derrière. M. Velpeau pense que le liquide émanait probablement du quatrième ventricule, se frayait une route à travers le cervelet, franchissait la dure-mère, et venait distendre les téguments occipitaux.

— Cette opération aurait produit la plus pénible impression sur les spectateurs, si l'on n'était pas sûr que cet enfant était voué à une mort presque certaine. Nous devons le dire néanmoins, il eût été préférable que cette opération n'eût pas été pratiquée. Nous ajouterons que nous ne concevons même pas les données d'un espoir favorable quelconque dans une opération qui a pour but prémédité d'exciser le cervelet, par la raison que cette excision, quelque petite qu'elle soit, n'est pas conciliable avec la continuation de la vie chez l'homme, encore moins chez l'enfant nouveau-né. L'encéphalocèle n'est pas, par elle-même, une maladie immédiatement mortelle dans tous les cas. Chez ce sujet, cependant, le mal était compliqué d'hydropisie; mais cette hydropisie était externe, et M. Velpeau l'avait parfaitement diagnostiquée; par conséquent, il n'est pas certain que si l'enfant eût été plus robuste, l'ouverture spontanée de la poche eût entraîné des accidents immédiatement mortels. Peut-être eût-il été plus avantageux, et surtout plus prudent, de s'en tenir à des ponctions évacuatrices répétées. La conséquence pratique à déduire, c'est qu'il ne faut pas porter le bistouri sur ces sortes de tumeurs. M. Thierry a fait, il y a quelques années, à Paris, une opération analogue avec le même résultat; il existe d'autres faits de même espèce.

P. S. — Lorsqu'il a été enlevé de la table à opérations, l'enfant semblait mort, et tout le monde, ainsi M. Velpeau lui-même, l'avait jugé comme tel; il paraît, cependant, qu'il n'était qu'évanoui et qu'il n'est mort que le lendemain dans des convulsions; mais, on le conçoit, l'époque de la mort importe peu au point de vue de l'art.

La dissection qu'on a fait consécutivement de la tête de l'enfant a fait connaître quelques particularités importantes qui rectifient les détails anatomiques précédents, que nous avions rédigés presque sous la dictée même de M. Velpeau. La tumeur médullaire qu'on a excisée était formée par une portion du lobe postérieur gauche du cerveau, et non par le cervelet qui était resté dans la boite crânienne. Le lobe du cerveau avait fait hernie, non à travers la fontanelle postérieure, mais bien à travers une ouverture accidentelle de l'os occipital, précisément sur le lieu de la bosse occipitale. Cette ouverture était comme faite par un emporte-pièce et était assez large pour admettre l'introduction du doigt indicateur. En outre, la grande poche du kyste a offert à son intérieur les restes de la dure-mère extrêmement amincie, et la membrane qui couvrait la hernie cérébrale et qu'on avait pris pour la dure-mère, n'était qu'une fausse membrane inflammatoire. D'où il suit que le grand kyste était bien formé par les membranes du cerveau distendues, et que le petit kyste résultait de la fausse membrane dont nous venons de parler. La base du cerveau était enflammée. Le point le plus curieux de cette

autopsie, c'est la prolongation herniaire du lobe postérieur du cerveau.

Bosse sanguine. Écrasement. *Guérison instantanée.* — Un homme jeune, robuste, maçon, venait de tomber. Il a été de suite reçu à la clinique. A l'examen on n'a trouvé que des contusions peu graves dans plusieurs parties; la plus forte de ces contusions existait à la partie interne et supérieure de la jambe droite, près du genou. Là existait une bosse sanguine du volume d'un œuf, précisément sur la partie interne de la tête du tibia. M. Velpeau a appliqué ses deux pouces sur cette tumeur, et d'un seul trait il l'a écrasée en pressant fortement comme s'il s'agissait d'une de ces tumeurs synoviales de la face dorsale de la main et qu'on appelle *ganglions*. Aussitôt l'écrasement des caillots opéré, les deux pouces ont exécuté un mouvement de glissement de haut en bas et disséminé le sang dans une grande étendue du tissu cellulaire sous-cutané de la jambe. A l'instant la tumeur sanguine a disparu pour ne plus reparaître, la peau est restée parfaitement lisse. Des compresses d'eau blanche ont été appliquées, et, le lendemain, le malade était en état de reprendre ses occupations habituelles.

— Cette manière de traiter les bosses sanguines est digne d'attention; elle dissipe en un clin d'œil la maladie et prévient un travail inflammatoire dont les conséquences ne sont pas toujours innocentes, soit qu'il donne naissance à un kyste, soit qu'il se termine par un abcès. Dans ce dernier cas il y a même quelquefois à craindre des suites fâcheuses. D'un autre côté, on sait que l'ouverture immédiate de ces collections sanguines n'est pas sans inconvénients. Nous avons déjà parlé (1843) de la pratique en question; nous sommes bien aise d'y revenir aujourd'hui en rapportant un exemple à côté du précepte. Nous avons vu dernièrement, dans un hôpital, deux tumeurs de ce genre, l'une au devant de la rotule, l'autre au coude, survenues aussi par suite d'un coup; on les a ouvertes largement et on a vidé le caillot sanguin qui offrait le volume d'un œuf; les choses se sont passées heureusement, mais la plaie a suppuré nécessairement pendant quelque temps, ce qui a retenu les malades à l'hôpital pendant plusieurs semaines. La méthode de l'écrasement avec dissémination lamellaire du sang est donc évidemment préférable lorsque le mal offre un volume peu considérable et des conditions de voisinage telles que l'indication mécanique peut être remplie sans inconvénient.

P. S. Chez l'un de ces derniers malades qui présentait une bosse sanguine au coude, la plaie qui semblait marcher heureusement d'abord, s'est enflammée ensuite, a pris un aspect phlegmoneux, érysipélateux assez grave, et aujourd'hui, plus d'un mois après l'ouverture, elle continue à donner une suppuration abondante et de mauvaise nature. Il est donc vrai que l'ouverture de ces tumeurs n'est pas toujours chose innocente.

Hôtel-Dieu (M. Blandin).

Commotion cérébrale et fracture chez un petit enfant. — Un enfant, âgé de trois ans et demi, est tombé d'un quatrième étage; il a été transporté à l'Hôtel-Dieu sans connaissance par suite de la commotion qu'il venait d'éprouver. La cuisse était fracturée. On lui a posé un appareil pour cette lésion. Trois jours après, l'enfant avait repris connaissance et en partie aussi sa gaîté, il demandait à manger; mais ses pupilles étaient dilatées et sa physionomie offrait encore un certain air d'étonnement, ce qui indiquait que le cerveau n'était pas complétement revenu des effets de l'ébranlement. Le petit patient ne demeure qu'assis dans son lit. M. Blandin compte probablement lui appliquer un appareil inamovible et envelopper celui-ci d'une toile cirée comme mesure de propreté.

— Il est intéressant de rapprocher ce fait de celui de l'enfant de 17 mois, qu'on soigne en ce moment à St-Louis, et qui offre également une fracture à la cuisse. Chez celui-ci la propreté de l'appareil est difficile à conserver, aussi lui change-t-on les bandes tous les deux ou trois jours. La guérison de la fracture s'effectue comme on sait avec une grande promptitude dans ces cas. On doit s'étonner de voir un petit être, d'un âge aussi tendre, tomber d'une si grande hauteur sur le sol et ne pas remporter de lésions plus graves que celles-là; c'est ce qu'on a déjà observé plusieurs fois dans des chutes d'enfants. On attribue une pareille immunité à des causes diverses, comme au peu de poids du corps, au peu de fragilité des os, à la grande proportion de graisse, etc.; au surplus, la commotion cérébrale chez l'enfant n'a pas encore été étudiée, à ce que nous sachions. A ce point de vue, l'observation qui précède offre par conséquent un véritable intérêt. Peut-être que le peu de résistance des os de la boîte crânienne et la mollesse naturelle du cerveau à cet âge, rendent la commotion moins grave que chez l'adulte; mais ce n'est là qu'une simple présomption.

Écrasement de l'urètre. — Un jeune homme est tombé d'une certaine hauteur, à califourchon sur le bord d'une planche; il s'est frappé au périnée et il a rendu du sang par la verge: transporté de suite à l'Hôtel-Dieu, il a été immédiatement sondé; une sonde de gomme élastique a été laissée en permanence dans la vessie. Un traitement antiphlogistique a été prescrit, et, grâce à ces moyens, l'orage terrible d'une infiltration urinaire a été parfaitement conjuré. Les choses se sont passées simplement et le malade est aujourd'hui en voie de guérison; on lui conserve encore la sonde en permanence pour prévenir un rétrécissement. On voit un cas pareil dans le service de M. Lisfranc, sur un homme de 35 à 40 ans. Le premier des remèdes dans ces accidents est la sonde en permanence. Ce moyen doit être continué pendant quelque temps, car d'après les observations de M. Lisfranc, l'infiltration n'a lieu quelquefois que vers le huitième jour, ou plus tard encore, par suite de la chute d'une escarre qui s'était formée, de l'ouverture d'un abcès, ou d'une phlogose ulcéreuse et perforante.

Résection de la clavicule. — Un jeune homme, âgé d'une trentaine d'années, chimiste de profession, est entré à l'Hôtel-Dieu, il y a trois mois, pour être traité d'une affection organique de la partie moyenne de la clavicule (carie ou nécrose). Un abcès s'y était formé et des ouvertures fistuleuses s'en étaient suivies. M. Blandin a mis le mal a découvert et appliqué un fer incandescent sur l'os malade. Depuis lors, le mal a toujours suppuré, une portion d'os nécrosée semblait prête à se détacher; en la saisissant avec

deux doigts, on ébranlait toute la clavicule, et c'était probablement ce qui faisait présumer son prochain détachement, car on s'est ensuite assuré que la portion mortifiée tenait fortement au reste de l'os et à l'os nouveau sous-jacent Cette portion nécrosée offrait la longueur de 3 centim. (un pouce) et comprenait toute l'épaisseur de l'os. Aujourd'hui, M. Blandin a fait une tentative de résection, dans l'espoir de hâter la cure; il a pratiqué une incision dans le sens de la longueur de la clavicule et mis tous l'os malade à découvert jusqu'à ses deux limites d'adhérence avec l'os sain ; il a ensuite attaqué directement la nécrose à l'aide du trépan perforatif, sorte de lamelle perforante et tranchante qui a ébréché l'os sur deux ou trois points, jusqu'à une certaine profondeur. La portion nécrosée a paru inébranlable; elle adhérait fortement, en effet, inférieurement avec l'os nouveau, et, à ses deux extrémités, avec l'os sain. Dès lors, M. Blandin a jugé prudent de laisser les choses à la nature et d'attendre le détachement spontané.

— La clavicule aurait pu sans doute être sciée sur les deux limites de la nécrose, mais on comprend qu'une pareille opération eût été très grave, et n'aurait pu, d'ailleurs, se faire sans compromettre le nouvel os. On conçoit, au reste, qu'il aurait fallu plus de temps à cicatriser la plaie d'une pareille excision, que d'obtenir le détachement spontané d'une portion d'os déjà affaiblie par le trépan. Le parti de l'expectation était donc le plus sage. On connaît à peine quelques cas de résection de la clavicule par nécrose. C'est toujours une chose grave comme celle des côtes; peut-être un peu moins cependant, car la résection des côtes est le plus souvent suivie de pleuro-pneumonie mortelle, non immédiatement, mais quelques semaines après l'opération, lorsque la suppuration est en pleine activité. A la clavicule, il y a à craindre un travail d'ulcération perforante sur les vaisseaux voisins; mais cet accident, déjà observé dans d'autres régions n'a pas encore été rencontré dans celle-ci. Pour favoriser le détachement de la nécrose, l'art ne connaît d'autres moyens que les topiques émollients. Dans des expériences comparatives, que Dupuytren fit dans le temps sur des sujets couchés dans la salle Sainte-Marthe, lesquels portaient des nécroses sur le front du tibia, par suite de brûlure, il est résulté que les nécroses pansées avec des cataplasmes émollients se détachaient et guérissaient les premières, tandis que celles qu'on pansait avec des compresses trempées dans de l'eau blanche très chargée se détachaient les dernières. Dupuytren déduisait de là une application utile de ce dernier mode de pansement dans des cas où l'on trouve avantageux de retarder la chute d'une escarrhe des parties molles ou dures. La créosote remplit le même but.

Tumeur blanche au poignet. *Guérison à l'aide d'un appareil compressif dextriné.* — Un homme, âgé d'une cinquantaine d'années, de la campagne, a été adressé à M. Blandin pour subir l'amputation de l'avant-bras, à cause d'une tumeur blanche qu'il portait au poignet. Le gonflement de l'articulation était considérable, les tissus étaient empâtés et douloureux, les mouvements douloureux et impossibles d'ailleurs. La main et les doigts offraient cette forme pointue ou à aileron de pigeon, propre aux maladies chroniques de l'articulation et aux autres affections qui en ont empêché l'usage depuis longtemps. La peau cependant n'était pas abcédée ni ulcérée; l'état général de la constitution paraissait sain; le patient était résigné à tout subir. M. Blandin, cependant, a cru devoir différer l'amputation sur un sujet aussi robuste, d'une aussi bonne constitution et dont l'existence dépendait entièrement de l'usage de ses bras; il a essayé, en attendant, la compression à l'aide d'un bandage dextriné; le membre a été tenu ainsi en repos pendant trois mois environ. Aujourd'hui, on a ôté le bandage, et l'on a eu la satisfaction de trouver que la tumeur blanche était presque complétement guérie; le gonflement douloureux et l'empâtement périarticulaire ont disparu; les mouvements dans l'articulation du poignet sont libres, et le malade peut les exécuter sans douleur; il reste à peine quelques petites bosselures mollasses autour de l'articulation; M. Blandin a refait l'appareil pour compléter la cure et prévenir une récidive.

— Ce résultat nous a paru digne d'être enregistré, bien qu'en définitive il n'apprenne rien de nouveau. Néanmoins on est si souvent porté à trancher des membres qu'on aurait pu conserver, que c'est rendre service à l'art que de rappeler les cas de ce genre. C'est au poignet surtout que l'on doit redoubler de circonspection dans l'emploi de l'instrument tranchant, l'expérience ayant appris que les tumeurs blanches de cette articulation guérissaient plus souvent que celles des membres inférieurs. Cela tient sans doute au peu d'étendue des surfaces articulaires au poignet, et à la possibilité d'assujettir cette partie à un repos absolu. D'un autre côté, il faut bien distinguer les tumeurs blanches des parties molles, de celles qui intéressent les os, surtout de celles qui s'accompagnent de tubercules, de carie, etc. Les premières qu'on peut appeler simples et qui sont, le plus souvent, rhumatismales, c'est-à-dire, franchement inflammatoires, peuvent souvent se guérir, et l'indication qu'elles présentent est si manifeste, qu'elle n'a pas besoin d'être énoncée. L'exemple qu'on vient de lire était sans doute de cette catégorie; le résultat cependant n'en est pas moins remarquable, car on n'est pas toujours sûr de l'obtenir, malgré les efforts les mieux combinés. La circonstance importante dans ce fait, au point de vue de l'art, est le bandage dextriné qui emboîte le membre d'une manière inamovible; il exerce doublement une action antiphlogistique ou résolutive, et par sa compression et par l'inamovibilité à laquelle il assujétit le membre.

Hôpital de la Pitié (M. Lisfranc).

Fistule testiculaire. Cautérisation avec le fer rouge. — Un jeune homme, âgé d'une vingtaine d'années, d'assez bonne constitution, portait une fistule à la partie inférieure du testicule droit ou plutôt des bourses, et dont le trajet marchait de bas en haut à une profondeur de neuf cent. environ (3 pouces). Ce trajet n'entrait pas dans la substance du testicule, mais le cotoyait latéralement jusqu'à son bord supérieur. Des traitements divers avaient été essayés inutilement. M. Lisfranc y a diagnostiqué une affection tuberculeuse du testicule et à cautérisé la partie à l'aide d'un stylet rougi au feu et porté dans le trajet. Ce stylet présentait vers son milieu une petite bulle métallique pour servir de réservoir au calorique de la portion introduite du

stylet et refroidie par le contact des parties touchées dans le trajet. Cette cautérisation n'a pas guéri la fistule, mais le testicule s'est un peu gonflé et durci, il semble *coagulé* (expression de M. Ricord), précisément comme une glande séminale enflammée qui se dispose à marcher vers l'atrophie. M. Lisfranc se propose de revenir à la cautérisation, et pour mieux atteindre tout le trajet avec le fer incandescent il compte faire une contre-ouverture vers le cul-de-sac supérieur du trajet; il espère fondre les tubercules qui entretiennent la fistule et en obtenir la cicatrisation.

— Les fistules des testicules n'ont été étudiées que dans ces dernières années, elles constituent souvent une affection fâcheuse, surtout chez les enfants et les jeunes gens, car elles se terminent fréquemment par l'atrophie de l'organe spermatique; malheureusement il n'est pas toujours au pouvoir de l'art de les guérir. On a prescrit une foule de moyens dans ce but, mais nous ne trouvons nulle part indiquée l'application du fer rouge. A ce dernier titre, l'observation précédente offre donc de l'intérêt, ne serait-ce que comme résultat négatif. Astley Cooper recommandait dans ces cas des injections avec une solution de sulfate de cuivre (cinq centig. par 30 gram. d'eau), ou bien avec un mélange d'eau de chaux (120 grammes) et de calomel (un gramme), avec du vin de Porto, avec une solution de sublimé corrosif ou de nitrate d'argent, ou bien enfin avec la teinture de lytta (cantharides); mais ces moyens ont toujours échoué, par la raison que le mal a pour source une cause matérielle; cette cause réside le plus souvent dans l'épididyme, et c'est là aussi qu'elle est placée chez le malade dont nous venons de parler (tubercules).

Cancer aux deux seins. On voit en ce moment, à la clinique de M. Lisfranc, le cas d'une femme de la campagne, âgée de 55 à 60 ans, maigre, atteinte de cancer aux deux seins. A droite, la tumeur offre le volume du poing, est dure, bosselée, mobile. A gauche, la grosseur est moins développée, elle présente un volume moitié moindre, est également mobile. Aux deux côtés, le mal paraît s'être engendré dans la glande mammaire elle-même, la peau est saine, le mamelon pas rétracté, mais des ganglions hypertrophiés existent dans les deux aisselles. La constitution est en assez bon état. M. Lisfranc compte abattre les deux seins et poursuivre la maladie jusque dans les creux axillaires. Les cas de ce genre sont très rares comme on sait; M. Lisfranc en a à peine rencontré deux ou trois exemples dans sa longue carrière. Il serait difficile sinon impossible de dire pourquoi le cancer n'atteint généralement qu'un seul des organes pairs, et pourquoi il s'en prend aux deux dans quelques cas exceptionnels.

Hôpital de la Charité (M. Chassaignac.)

Lupus nasal. *Guérison. Rhinoplastie heureuse. Récidive.* — Une femme, âgée d'une quarantaine d'années, petite taille, replète, figure bouffie et colorée, grosses lèvres, chairs mollasses, avait eu autrefois une affection dartreuse à la figure qui lui avait rongé le nez; elle en était cependant guérie et ne se plaignait plus que de sa difformité, lorsqu'elle se présenta à l'Hôtel-Dieu, il y a trois ans, et demanda une opération pour sa mutilation nasale. M. Blandin lui fabriqua un nez avec la peau du front. Cette opération réussit parfaitement, et la patiente porte encore son nouveau nez très-bien conservé dont elle se glorifie avec raison; ce nez, en effet, offre un aspect vraiment satisfaisant et pour la forme et pour la consistance; la cicatrice frontale est peu de chose, elle est petite, lisse, parfaitement dermifiée et de couleur analogue à celle de la peau voisine. Les choses avaient bien été après la rhinoplastie, et la femme avait joui pendant trois ans des bienfaits de l'opération. Aujourd'hui cependant l'ancienne maladie vient de faire une nouvelle irruption, non sur le nouveau nez, mais aux alentours. On voit partir de dessous les côtés du nez deux rigoles croûteuses, de la largeur de l'ongle du pouce, s'étendant sur chaque joue, descendant jusqu'à la lèvre supérieure et complétant un cercle en passant sur cette lèvre. Les environs de cette croûte serpigineuse sont boursouflés, rouges et douloureux. Au dessous de ces croûtes est un travail ulcératif et suppurant. M. Chassaignac a fait tomber les croûtes à l'aide de cataplasmes et attaqué le fond par des cautérisations répétées avec le nitrate acide liquide de mercure. En peu de temps le mal a perdu le caractère phagédénique et sordide, le fond ulcéreux s'est rempli de bourgeons louables, les bords se sont affaissés et marchent vers la cicatrisation, le boursouflement douloureux des environs a beaucoup diminué, et tout fait espérer que cette malade sortira bientôt guérie, tout en conservant les bienfaits de la rhinoplastie.

— Comme exemple de récidive d'un *lupus* déjà guéri depuis fort longtemps et restauré à l'aide d'une opération chirurgicale, le fait qu'on vient de lire offre déjà un intérêt pratique réel. Il est à remarquer que la récidive a respecté complétement le nouveau nez, malgré que le mal émanât de dessous lui et de ses alentours. Au point de vue thérapeutique, nous trouvons en outre un résultat non moins intéressant du traitement local. L'affection a été pour ainsi dire asphyxiée sur place par la seule application répétée du sel mercuriel dissous dans l'acide nitrique, et les choses ont pris de suite une marche satisfaisante. Rappelons, à cette occasion, que Dupuytren attaquait la même maladie à l'aide de l'acide arsénieux réduit en une sorte de pâte demi-liquide, au moyen d'un mélange de cet acide avec de l'eau distillée gommée et fortement calomélisée; le liquide était porté sur l'ulcération à l'aide d'un pinceau de linge, il s'y desséchait et formait une croûte. Le nitrate acide de mercure cependant paraît exercer une action plus prompte, plus pénétrante; son escarrhe tombe en peu de temps, et l'on peut en renouveler l'application, tandis que la croûte arsénicale reste longtemps adherente et rend le traitement très long. Dans un article que M. Liston de Londres vient de publier sur le traitement du lupus, il établit que cette maladie peut très bien se guérir, à toutes les périodes, par le seul traitement local. Il se sert de la cautérisation avec la pâte de zinc; il prend du chlorure de zinc en poudre, le mêle avec de la farine et en fait une pâte molle, comme de la chaux à maçonnerie, à l'aide de quelques gouttes d'eau. Pour l'appliquer, il mouille d'eau son doigt indicateur, prend avec celui-ci un peu de pâte, et l'étale à la périphérie de l'ulcération, puis à sa surface. La douleur est légère et peu durable; le mal perd de suite le caractère phagédénique; un bourgeonnement de bonne nature se déclare et un travail cicatriciel de la périphérie au centre a lieu. Le mal est détruit et la guérison s'effectue en peu de temps.

Luxation incomplète de l'humérus en arrière. *Cas rare.* — Un homme âgé d'une quarantaine d'années, cuisinier, de bonne constitution, a été renversé dans la rue de Richelieu, par la roue d'un cabriolet qui l'a froissé et heurté à l'épaule gauche et fait tomber sur la même épaule. Il a éprouvé une très vive douleur, et, à l'instant, son bras est resté dans l'impuissance. Entré à l'hôpital de la Charité, il a présenté à l'examen les symptômes suivants : le moignon de l'épaule est déformé, mais il ne présente pas cette saillie anguleuse et cet enfoncement qui sont propres à la luxation, soit axillaire, soit en avant; le moignon conserve sa plénitude; mais, au lieu d'être rond, il est oblong d'avant en arrière par l'addition d'une tumeur du volume d'une demi-orange sur le bord postérieur de l'apophyse acromion. Cette tumeur est touchable, appréciable parfaitement au palpement, circonscrite en arrière; elle exécute des demi-roulements lorsqu'on imprime au coude des mouvements rotatoires; le devant de cette tumeur, correspondant à la cavité glénoïde, est plein en partie. Le bras semble un petit peu plus court que l'autre; mais des mesures prises avec soin n'ont pas donné de résultats bien satisfaisants. La ligne axuelle du membre est très oblique de haut en bas et de derrière en avant; le bout supérieur de cette ligne se termine en arrière de la cavité glénoïde; cette obliquité peut être augmentée, puisque le malade peut étendre la main directement au devant de son corps; cet allongement cependant ne s'étend pas autant que celui de l'autre membre qui est sain. Le coude peut être appuyé contre le tronc, mais il reste en avant et ne peut être porté sur la ligne parallèle à l'axe du corps, encore moins en arrière; si l'on essaie de porter le coude en arrière, le malade accuse une vive douleur dans l'épaule, et il abaisse à l'instant cette partie pour diminuer la douleur. Tels sont les caractères de la lésion. M. Chassaignac a diagnostiqué une luxation en arrière ou sous-épineuse. M, Velpeau, qui a examiné le malade, y a trouvé une luxation complète en arrière; cependant la tête de l'humérus ne paraissait pas avoir complétement abandonné la cavité glénoïde. Des préparatifs pour la réduction ont été faits et l'on allait attacher les lacs. lorsqu'en tirant un peu avec les mains sur le membre, malgré la résistance du patient, la tête de l'humérus est rentrée avec bruit dans sa cavité, et l'épaule et le bras ont repris à l'instant leur forme, leur direction et la liberté de leurs mouvements. On a mis un bandage pour fixer à l'ordinaire le coude contre le tronc. Le lendemain matin cependant la luxation s'était reproduite, le malade avait passé une mauvaise nuit et il accusait de vives douleurs dans le bras. C'est dans ce moment que nous avons vu le malade avec M. Chassaignac et que nous avons saisi les caractères que nous venons de décrire; les choses se présentaient exactement comme la veille, d'après les remarques de M. Chassaignac. Cette fois, la réduction s'est faite de la même manière par des tractions exercées par le chirurgien avec son avant-bras accroché dans le pli du coude du côté luxé, et agissant comme un lévier; la rentrée de la tête s'est opérée avec bruit. Ensuite, au moment même où l'on posait un bandage contentif, le patient a porté le coude en avant, et l'épaule a paru se gonfler un peu en arrière; le chirurgien, soupçonnant un nouveau déplacement, a poussé cette saillie de l'épaule avec le talon de sa main, et l'on a senti de nouveau la tête rentrer avec un bruit de glissement, l'épaule a repris aussitôt sa rondeur normale. On a alors eu la précaution de porter le coude en arrière et de le fixer dans cette position afin de prévenir une nouvelle récidive.

— Il a été impossible de conserver le moindre doute dans ce cas sur la luxation incomplète en arrière. On ne peut supposer une disposition vicieuse de l'articulation, puisque le patient, qui paraît d'ailleurs parfaitement conformé, n'avait jamais rien essuyé de pareil. Il est à noter que la cause luxante (bord d'une roue de voiture en mouvement) avait agi directement sur le moignon de l'épaule et d'avant en arrière, ce qui a pu forcer la tête de l'humérus à marcher dans la même direction, à déchirer la capsule en arrière et à se luxer partiellement dans ce sens. On ne peut admettre que ce soit la chute qui ait produit la luxation, puisque en tombant le patient avait le coude appliqué sur le tronc, à moins de supposer que dans la chute le coude fût porté fortement en avant, ce qui s'accorderait au reste avec une luxation incomplète en arrière. Il est probable que M. Velpeau eût adopté lui-même ce diagnostic s'il eût pu être témoin des divers phénomènes que nous venons de décrire. Il est impossible en effet d'admettre une luxation complète, puisque la tête humérale n'était pas portée en plein dans la fosse sous-épineuse comme dans les cas connus de cette espèce; elle était évidemment fixée au contraire sur le bord de la cavité glénoïde, et la difformité de l'épaule était parfaitement en rapport avec la demi-luxation. D'ailleurs, la réduction et les reproductions faciles de la luxation s'accordent avec le déplacement incomplet et réfutent le diagnostic contraire. Une seule présomption pourrait être maintenant discutée, celle de savoir s'il n'y aurait pas fracture du bord postérieure de la cavité glénoïde, et qui serait la cause de ces déplacements de la tête humérale. Il y a peu de probabilité en faveur de cette hypothèse, car aucune crépitation n'était sentie dans l'examen minutieux que nous avons fait dans ce but avec M. Chassaignac. D'ailleurs, s'il y avait fracture, la tête ne serait pas rentrée chaque fois avec un grand bruit de glissement; il y aurait d'ailleurs quelque ecchymose aux alentours, et au surplus, la réduction aurait nécessité beaucoup moins de force. Ce mode de luxation incomplète avec fracture a été observé à la hanche, où la cavité articulaire est très profonde, mais à l'épaule on ne l'a pas encore rencontré à ce que nous sachions. La luxation s'effectue dans ces occurrences par le déplacement du fragment fracturé, ce qui enlève à la tête osseuse son appui contentif. C'est ce qui a lieu aussi à l'œil, à la suite de certaines fractures du bord orbitaire, nous en avons rapporté un exemple il y a quelque mois. Il est vrai cependant que la fracture du col de l'omoplate pourrait en imposer jusqu'à un certain point, mais les symptômes en sont si différents qu'aucune parité ne saurait être trouvée entre ses caractères et ceux de la luxation incomplète. L'histoire des déplacements incomplets de la tête de l'humérus est encore à tracer; la science ne possède jusqu'à ce jour, qu'un petit nombre de faits de ce genre; nous croyons par conséquent d'une grande importance pour l'art de recueillir avec soin les nouveaux cas qui se présentent, surtout dans la pratique des hôpitaux, où ils acquièrent pour ainsi dire un caractère officiel.

Hôtel-Dieu (M. Roux).

LITHOTRITIE CHEZ UNE FEMME. *Extraction des fragments de la pierre à l'aide d'une pince à polype. Mort pendant l'opération.* — Une femme, âgée de 60 ans passés, était à l'Hôtel-Dieu pour être traitée d'une pierre dans la vessie. Couchée dans une des salles de M. Roux, elle a subi il y a quinze jours, une première séance de lithotritie, par M. Blandin, durant une absence de M. Roux. Nous avions assisté à cette opération; la vessie était prolapsée dans le vagin et se présentait à la vulve sous forme de cystocèle, condition assez normale au reste chez beaucoup de vieilles femmes, dont les tissus vaginaux sont naturellement flasques. La pierre gisait dans ce cul-de-sac du bas-fond de l'organe, et l'on a dû se demander si le cystocèle était la cause ou l'effet de la formation de la pierre. Le cathéthérisme avait été excessivement douloureux et le broiement plus douloureux encore. M. Blandin avait fait usage du percuteur, il avait saisi aisément la pierre et l'avait écrasée à plusieurs reprises; la patiente a jeté les hauts cris, et pourtant la séance n'avait pas été longue, et les manœuvres avaient été exécutées avec la plus grande dextérité. Il ne s'est pas écoulé de sang. Depuis lors, la malade avait rendu plusieurs fragments, mais les souffrances étaient devenues de plus en plus intenses; elle a eu de la fièvre, de l'insomnie, du dévoiement et elle dépérissait à vue d'œil. Ces conditions n'avaient pas permis de revenir à la lithotritie, et néanmoins, l'on pensait naturellement que le moyen de mettre fin à ses souffrances et aux différents troubles généraux était l'enlèvement du corps étranger. Partant de cette juste considération, M. Roux a saisi ce matin, 21 octobre, un moment de remittence des symptômes précédents pour extraire les fragments de la pierre. Il n'a pas jugé à propos de revenir à la percussion, craignant de renouveller ou d'exaspérer les premiers symptômes. Dès lors, il a visé à atteindre le but d'une autre manière.

Deux moyens se présentaient: ou bien employer la pince à trois branches, qui aurait servi à l'extraction des fragments, avec ou sans écrasement, selon l'état des choses; ou bien, dilater l'urètre et agir dans le même but avec des pinces à polype. M. Roux a préféré ce dernier parti, se proposant en même temps de fendre au besoin avec le bistouri, l'urètre en haut, dans la direction de la symphise du pubis, ce qui le ferait rentrer dans l'opération de la taille chez le sexe. Voici comment il y a procédé; la femme a été placée et tenue à l'ordinaire, mais sans liens. L'opérateur assis devant elle, a introduit dans l'urètre une sonde cannelée (la femme témoigne une sensibilité extrême); sur cette sonde, il glisse un petit gorgeret métallique et retire la sonde. Ce gorgeret a passé facilement et avec très peu de force, il avait pour but d'élargir l'urètre et de servir de conducteur à la pince. Sur ce gorgeret il a glissé une petite pince à polype qui est arrivée dans la vessie, sans violence aucune. Le gorgeret a été aussitôt retiré et la pince a saisi de suite et extrait quelques fragments; puis, quelques autres; pour réintroduire la pince, l'opérateur se servait chaque fois, d'une sonde cannelée comme conducteur; à la troisième descente, la pince saisit et extrait avec un grand ménagement un fragment du volume d'une amande; à la quatrième, elle est chargée d'un fragment plus gros qui ne peut passer par le canal; cependant celui-ci s'était déjà élargi assez pour admettre le bout du petit doigt. Alors M. Roux, sans quitter la pierre, a débridé la paroi supérieure de l'urètre avec le bistouri et le fragment a été extrait. Tout cela s'est fait avec toute la précision, la promptitude et la délicatesse imaginables: rien déchiré, pas d'écoulement de sang, pas de pincement de la vessie. Cependant, la femme n'a fait que témoigner une sensiblité excessive dès le commencement, que crier hautement. Au moment où M. Roux venait d'inciser l'urètre et d'extraire le calcul, la femme s'est évanouie; on lui jette de l'eau fraîche à la figure, la syncope se prolonge; on continue à lui jetter de l'eau, elle ne revient pas, on va chercher de l'éther, de l'ammoniaque; on la frictionne, on secoue sa poitrine, on comprime l'aorte abdominale; le visage se colore un instant et quelques inspirations paraissent, mais la syncope se renouvelle; on injecte de l'air dans la trachée à l'aide d'une sonde; tout cela a été inutile; on n'avait plus qu'un cadavre devant soi! Ce spectacle a été sans doute aussi douloureux pour l'opérateur, que pour les spectateurs, mais on s'en console aisément en considérant que l'opération, si peu grave que la malade venait de subir, n'a été qu'une simple occasion de l'événement malheureux, cette pauvre vieille étant déjà plus épuisée par sa maladie, qu'elle ne le paraissait au prime abord. La sensibilité exquise de la vessie fait présumer chez elle l'existence d'une cystite chronique, avec ou sans suppuration du côté du bassin.

— Cette observation se prête à des considérations de plus d'un genre, au point de vue de l'art. Il est évident d'abord que la lithotritie, bien que parfaitement exécutée, a été la source des accidents graves que cette malade avait essuyés pendant un mois ou six semaines, et conséquemment aussi de sa mort. On doit cependant faire la part de la maladie elle-même, car, ainsi qu'on vient de le voir, la sensibilité extraordinaire de la vessie suppose un état maladif de ses tissus. Il y a toute apparence, en effet, qu'abandonnée à elle-même, cette malade serait morte prochainement. D'un autre côté, il ne faut pas se dissimuler que la douleur poussée au delà de certaines limites est une cause suffisante de mort instantanée, surtout chez des sujets affaiblis par maladie; cette dernière cause, jointe à la cystite et peut-être aussi à une suppuration cachée, est plus que suffisante pour expliquer l'événement chez cette femme.

Hôpital Beaujon (M. Robert).

Nymphomanie. excision du clitoris. cautérisation au fer rouge. — Marie..., âgée de 10 ans, blonde, peu développée au physique comme au moral, commence à s'adonner à la masturbation dès l'âge de 4 ans. Bientôt ses parents s'étant aperçus de de cette habitude aux changements qui s'opéraient dans sa santé, la surveillèrent attentivement, mais ne purent la corriger par aucun moyen. Les liens, les ceintures, un appareil garni de pointes aiguës qui s'enfonçaient dans la peau des cuisses quand elle essayait de les approcher, tout échoua. L'enfant racontait d'ailleurs naïvement qu'à force d'exciter les organes elle était parvenue à obtenir, par la seule puissance de l'imagination, ce qui n'arrivait autrefois qu'après des attouchements prolongés. Sa santé s'altéra gravement et son moral lui-même s'affaiblit beaucoup. Ce fut alors que les parents désolés la confièrent aux soins de M. Robert qui l'admit à l'hôpital. M. Robert essaya d'abord de cautériser, tous les quatre ou cinq jours, la membrane muqueuse du clitoris et du prépuce, avec du nitrate d'argent, comme cela a été conseillé par quelques praticiens; mais ce moyen

n'eut aucun résultat. Il eut alors l'idée d'exiser le clitoris, ce qu'il fit de la manière suivante : — Deux incisions, partant de la racine du clitoris, furent prolongées en bas vers les petites lèvres : le clitoris, saisi avec une pince, fut excisé à sa base à l'aide de ciseaux courbes, ainsi que les petites lèvres que l'enfant avait aussi l'habitude de titiller (le clitoris avait près de six lignes de longueur). Du sang s'écoula en nappe assez abondamment de la surface des corps caverneux divisés. Pour l'arrêter, comme aussi pour détruire ce qui pourrait rester de l'organe coupable, un bouton de feu fut porté sur lui. Après l'opération, les parties génitales furent couvertes de compresses imbibées d'eau froide. Il ne survint aucun accident. Au bout de trois semaines, la plaie était cicatricée. A cette époque l'habitude de la masturbation reparut peu à peu. L'enfant titillait la cicatrice elle-même et obtenait ainsi l'orgasme vénérien. Plusieurs cautérisations y furent pratiquées avec le nitrate d'argent, sans résultat durable. Six mois après, l'enfant quittait l'hôpital, son état n'étant que faiblement amélioré ; mais peu à peu la sensibilité spéciale de la région sur laquelle l'opération avait été pratiquée diminua et finit par s'éteindre. L'habitude de la masturbation ne trouvant plus de conditions favorables pour s'entretenir, diminua aussi et cessa entièrement. Aujourd'hui, quatre ans après l'opération, cet enfant est rendue à la santé et depuis longtemps guérie de sa funeste habitude.

— L'opération dont on vient de lire les détails est peut être unique jusqu'à ce jour au point de vue de la nymphomanie; ou du moins si l'excision du clitoris a été pratiquée, c'est dans des cas d'hypertrophie, accompagnée ou non du vice en question. Il est remarquable que, malgré l'ablation de l'organe, l'habitude se soit d'abord reproduite sur la cicatrice elle-même, ce qui conduit à penser que la source de l'infirmité est peut-être ailleurs que dans le clitoris lui-même. Au reste, que cette source soit dans le cervelet, dans l'utérus ou ailleurs, on comprend comment l'excision du corps en question, qui est, pour ainsi dire, l'aboutissant de l'action morbide ou désordonnée, doit réagir heureusement sur la source primitive de ces sensations. Ne voyons nous pas chez l'homme l'ablation des testicules réagir fortement à la longue sur tout l'organisme? Il est vrai que cette comparaison n'est pas rigoureuse, mais l'analogie se prête assez logiquement. On pourrait maintenant se demander si l'enlèvement du clitoris ne pourrait pas avoir de suites fâcheusses sur la fonction génératrice. On peut répondre négativement; il est prouvé, en effet, que des femmes qui ont subi cette opération, pour d'autres causes que celle qui nous occupe, ont fait consécutivement des enfants, et l'on sait qu'il est des femmes qui deviennent enceintes sans éprouver *jamais* la moindre sensation voluptueuse dans l'acte générateur. Pour atteindre le but que s'est proposé M. Robert, on pourrait peut-être avoir, au besoin, recours à un autre expédient, c'est de détruire le clitoris à l'aide d'applications répétées du caustique calcéo-potassique (pâte de Vienne), et de convertir la dernière escarre en cautère qu'on entretiendrait jusqu'à guérison complète. Des frictions abondantes avec une pommade de camphre pourraient être en même temps prescrites sur les cuisses et à la vulve.

BULLETIN OPHTHALMOLOGIQUE
DES HOPITAUX.

Deux mesures efficaces se présentaient pour faire rentrer l'ophthalmologie dans l'exercice ordinaire de l'art, et la soustraire ainsi à la spéculation : la rattacher aux grands principes généraux de la médecine et de la chirurgie communes, et en introduire l'étude clinique dans les hôpitaux. Pour le premier point, nous croyons avoir signalé, le premier, tout le parti qu'il était possible de tirer en ramenant toutes les maladies oculaires aux principes de la thérapeutique dynamique. Il est évident qu'il s'agit moins désormais de connaître telle ou telle petite recette, tel ou tel petit collyre pour traiter certaines affections de l'œil, que d'appliquer à chaque cas les notions progressives de la science générale. Prenons pour exemple les ecchymoses des paupières dépendantes de la fracture de la base du crâne, dont nous avons rapporté dans ce numéro un exemple remarquable, ou bien une amaurose dépendant d'une intoxication lente, comme la cécité saturnine, etc. Que peut-il dans ces cas, l'oculiste exclusif, lui qui s'est isolé, qui est resté étranger aux nouvelles études progressives sur les questions générales, auxquelles se rattachent les deux exemples que nous venons de citer? Il aura sans doute recours à ses formules, à ses lotions, à ses pommades, et il méconnaîtra sûrement un état de choses que le praticien seul, qui est habitué à ce tact que donne la pratique de toute la science, saura apprécier et combattre. Le temps fera le reste; il est à espérer qu'en quelques années l'oculistique ne sera exercée en France que par tout médecin ou chirurgien digne de ce nom, et avec toute la maturité que réclame un sujet aussi important. C'est à quoi vise le Bulletin que nous avons institué dans ce journal; il a pour but, surtout, de faire connaître le véritable état de la pratique ophthalmologique de Paris, et de répandre autant que possible les connaissances relatives à cette famille de maladies. On nous saura quelque gré, nous l'espérons, de l'abnégation que nous mettons dans ces comptes-rendus.

Amaurose. Cautérisation périphérique de la cornée (M. Lisfranc). — Dans le dernier numéro, nous avons parlé d'un cas d'amaurose que M. Lisfranc avait traité en vain par la cautérisation syncipitale, à l'aide de la pommade ammoniacale, et qu'il avait voulu ensuite attaquer à l'aide de la cautérisation transcurrente à la périphérie de la cornée avec la pierre infernale. Nous avions fait remarquer que cette cautérisation avait fait coarcter la pupille à l'instant même, mais que la vue n'avait subi aucun changement favorable par le fait de ce resserrement pupillaire. Aujourd'hui, un mois environ après cette opération, la cornée se trouve débarrassée de la moitié de l'escarre inférieure où

la pierre n'avait touché qu'à peine; mais l'escarre de la moitié supérieure tient encore et elle ne paraît pas prête à tomber; cette escarre est épaisse, grisâtre, et offre la largeur de la moitié de l'ongle du petit doigt; sur ce point, la pierre avait passé deux fois assez fortement; la surface de l'œil est injectée, rouge; il y a kérato-conjonctivite, et aussi choroïdite, selon nous. Le malade éprouve de la photophobie et de la douleur, et il ne serait pas impossible qu'à la chute de l'escarre la cornée se trouvât perforée; mais, chose remarquable, la pupille qui, comme nous l'avons dit, était dilatée avant la cautérisation, persiste aujourd'hui dans le même état de resserrement; elle nous a même semblé un peu plus rétrécie; le petit cercle de l'iris est *rouillé*, ce qui dénote une injection inflammatoire au premier degré; mais le bord de l'ouverture pupillaire est parfaitement rond et continu, sans dentelure; le champ visuel, néanmoins, est légèrement nuageux. La chambre antérieure est dans des conditions normales, mais le bulbe est plutôt dur au toucher, ce qui énonce un état congestif des tissus profonds. La faculté visuelle n'est pas complétement éteinte, mais elle n'est pas plus prononcée qu'avant la cautérisation. M. Lisfranc ne prescrit sur l'œil que de simples topiques émollients, et il attend le résultat de la chute de l'escarre pour régler le traitement ultérieur. Nous reviendrons sur le cas de ce malade, s'il y a lieu.

— Il est donc évident, et c'est aussi aujourd'hui l'opinion de M. Lisfranc, que cette méthode de traiter l'amaurose doit être proscrite. Ce qui l'y avait conduit, ce sont les malheureuses croyances de la vieille doctrine de la révulsion, et l'on ne veut pas encore comprendre que les maladies ne sont pas des êtres matériels susceptibles de déplacement artificiel, encore moins de *substitution*, ainsi que l'enseigne un professeur de l'Ecole. D'un autre côté, la cécité amaurotique étant, le plus souvent, le résultat d'un état hypersthénique de l'œil ou de la base du cerveau, tout moyen qui provoque une excitation, une congestion de l'organe, est évidemment nuisible; tel est le cas en question. Or, notre devoir, à nous, est de ne pas nuire d'abord. On prévoit déjà, à ces remarques, que la cautérisation péricornéale pourrait peut-être être essayée sans danger dans l'amaurose véritablement asthénique; mais cette variété, nous ne l'avons que très rarement rencontrée; dans ce cas, la congestion artificielle pourrait être utile comme moyen de réaction. Comme cependant l'art possède des moyens plus doux, plus susceptibles de graduation pour exciter directement la rétine dans ces cas exceptionnels; comme l'excitant le plus naturel de la rétine est la lumière; comme on peut agir avec toute la mesure convenable, on doit lui donner la préférence. Nous persistons néanmoins à penser que la cautérisation pericornéale est un moyen utile dans la mydriase idiopathique à titre de mesure coarctatrice de la pupille.

Hydrophtalmie vitrée. *Guérison sans opération.* (M. Chassaignac.) — Une jeune personne âgée de 20 à 25 ans est entrée à l'hôpital pour une affection grave de l'œil droit. Cet organe était très développé dans sa portion sclérotidale, il semblait comme hypertrophié et constituait par là une difformité choquante. La cornée était chroniquement enflammée et vascularisée dans son hémisphère inférieur (ramollissement rouge ou kératomalacie vasculaire); un cercle vasculaire profond et large existait à la périphérie cornéenne; tout le blanc de l'œil était d'ailleurs considérablement injecté dans sa couche sous-conjonctivale; la pupille était coarctée et rouillée à son bord, pas de flocons sur le champ irien; fond de l'œil grisâtre; vision abolie depuis longtemps; le *toucher* du globe accusait une dureté morbide, propre aux congestions excessives des membranes pariétales de l'organe; douleurs périorbitaires. Cet état de choses avait d'abord fait croire à une simple hypertrophie générale de l'œil; mais un examen circonstancié a de suite conduit au véritable diagnostic: il s'agissait d'une choroïdite avec hyper-sécrétion humorale dans la chambre vitrée. Le volume excessif de l'organe n'était donc qu'un symptôme de l'ophthalmie choroïdienne et de la sécrétion humorale qu'elle avait occasionnée; c'est ce qu'on appelle une hydrophthalmie vitrée aiguë. La condition phlogistique étant encore en présence, il a été possible d'espérer un amendement à l'aide d'un traitement convenable. Les évacuations sanguines abondantes et répétées par l'angle de la mâchoire à l'aide de ventouses et de sangsues, le calomel intérieurement, les frictions de pommade mercurielle belladonisée autour de l'orbite ont fini par abattre la condition dynamique de la maladie; les douleurs se sont apaisées, la rougeur s'est affaiblie et le gonflement de l'œil a diminué journellement d'une manière bien remarquable; de sorte qu'en trois semaines de cette médication persévérante, le bulbe oculaire est rentré dans des dimensions presque normales. La vue est restée anéantie bien entendu, mais l'œil a recouvré sa forme et la malade a été soustraite à la douleur d'une opération sanglante. Elle est sortie en cet état, mais la vascularisation externe n'est pas encore éteinte, et il se pourrait que de nouvelles causes rallumassent la maladie. Il en est de ces affections hydrophthalmiques aiguës comme des péritonites chroniques accompagnées d'ascite: un rien expose à des récidives.

Ectropion. *Opération d'après le procédé de M. Riberi.* (M. Denonvilliers.) — Une jeune femme portait dès l'enfance un ectropion à la paupière inférieure du côté gauche, par suite d'une brûlure qu'elle avait essuyée à l'âge de deux ans. Le renversement n'était pas très considérable, mais la paupière était plus extroversée dans sa moitié temporale que dans sa moitié nasale. Elle a été opérée de la manière suivante par M. Denonvilliers, chargé par intérim du service de M. Blandin. Deux incisions partant du milieu de l'arcade orbitaire inférieure ont été dirigées obliquement de bas en haut, l'une vers l'angle palpébral externe, l'autre vers l'angle interne, de telle sorte que la paupière malade s'est trouvée comprise dans un triangle renversé, dont le sommet était en bas, vers le milieu du bord orbitaire, la base en haut, formée par le bord tarsien. Le côté externe de ce triangle a été prolongé un peu vers la tempe, en passant à un centimètre au dessous de l'angle palpébral externe, par la raison que c'était ce côté qu'il fallait relever davantage; tandis que le côté interne n'a été prolongé que jusqu'à un centimètre environ au dessous du point lacrymal inférieur. Le chirurgien a alors disséqué le triangle de bas en haut, c'est-à-dire, du sommet vers la base, et relevé ainsi parfaitement la paupière vers l'œil. Ensuite il a réuni avec des épingles les deux côtés de la plaie inférieure, de manière que le lieu occupé naguère par la paupière renversée et raccourcie s'est trouvé comblé par les téguments de la portion correspondante de la joue. Plusieurs artérioles ont été liées. Quelques jours après, les choses étaient en bon état, mais la plaie et les parties environnantes étaient menacées d'érysipèle. M. Blandin qui, dans ces entrefaites, a repris son service, a soigné à son tour cette malade; il a ôté les deux

ou trois épingles (c'était le cinquième jour) ; la plaie suppure un peu vers le côté externe du triangle palpébral relevé ; cela était inévitable à cause de la présence des fils des ligatures, mais les choses paraissent bien marcher.

— Nous avons déjà eu l'occasion de faire remarquer que cette méthode opératoire appartient à M. Riberi, de Turin. Quelques personnes cependant l'attribuent à Jones. Dans l'intérêt de l'histoire de l'art, nous croyons devoir traduire ici le passage du livre de M. Riberi, publié en italien en 1836. « Dans un cas d'ectropion produit par des cicatrices, étendu de l'une à l'autre extrémité de la paupière supérieure, laquelle était très élevée vers l'arcade orbitaire, je n'ai pas eu, dit-il, à me repentir d'avoir suivi le parti suivant : — Avec deux incisions partant d'un même point du front, près de la partie chevelue et abaissées en direction divergente jusqu'aux extrémités de l'arcade sourcilière, j'ai circonscrit un lambeau triangulaire dont la base était continue avec le sourcil et le sommet en haut. Ayant disséqué ce lambeau, il m'a été possible d'abaisser la paupière ; mais comme la cicatrice aurait de nouveau tiré le lambeau en haut, j'ai réuni la plaie du front à l'aide de bandelettes emplastiques, et j'ai obturé ainsi le vide laissé par le lambeau triangulaire détaché et abaissé. L'effet a répondu en grande partie à mon attente ; car bien que les mouvements de la paupière fussent déjà en grande partie perdus, l'ectropion n'en est pas moins resté corrigé. Quand on opère ainsi, si les bords de la plaie du front étaient tellement tiraillés que leur affrontement fût impossible ou force, il conviendrait de le favoriser en disséquant un peu les bords de la plaie. » (*Blefarot talmo-terapia operativa.* Un vol. in-8°, p. 12.)

Ecchymoses palpébrales. Question de médecine légale. — Un véritable intérêt se rattache aujourd'hui à l'examen minutieux des ecchymoses des paupières. Nous venons de voir dans une des observations précédentes quels étaient les caractères de l'ecchymose symptômatique de fracture de la base du crâne. Il existe, en ce moment, dans une des salles de M. Blandin, un cas d'ecchymose très prononcée des paupières occasionnée par un coup de poing, et qui nous a permis d'en saisir les différences. On conçoit que les caractères distinctifs peuvent quelquefois former le sujet d'une question de médecine légale de quelque importance. Voici ces caractères. — Dans l'ecchymose idiopathique ou dépendant d'un coup, la tache sanguine existe ordinairement aux deux paupières, surtout à la paupière inférieure ; elle est large, très prononcée, accompagnée de gonflement surtout à la peau de la joue, de meurtrissure, de chaleur inflammatoire, de conjonctivite palpébrale légère et souvent aussi de coloration de la conjonctive globulaire ; elle est entourée d'une auréole jaune très prononcée, est chaude comme les tissus enflammés, œdémateuse au toucher ; il y a photophobie assez souvent ; les paupières restent fermées par le fait de leur gonflement et de la contusion de leurs muscles. — Dans l'ecchymose simptômatique de fracture, au contraire, la coloration est limitée, siége surtout à la paupière supérieure, rarement aux deux paupières ; pas de gonflement des paupières, ni de la joue, ni d'œdème, ni de cercle jaune, ni d'inflammation ; les mouvements des paupières sont libres ; la tache sanguine résiste longtemps aux topiques résolutifs ; elle est progressive pendant les premiers jours, tandis que l'autre tend à décroître au contraire. Le commémoratif de l'accident et quelques autres symptômes présents éclairent sans doute le diagnostic différentiel ; mais, la question pourrait se présenter d'une manière abstraite devant un jury. Au reste le sujet est neuf et mérite de nouvelles études.

Évacuations sanguines préorbitaires. — On fait dans les hôpitaux un grand usage des évacuations sanguines locales dans le traitement des maladies des yeux, et comme les 99/100es de ces maladies sont de nature hypersthénique ou d'excitation, il en résulte presque toujours une amélioration plus ou moins marquée. Ce moyen cependant est souvent insuffisant pour la guérison, surtout lorsque l'affection est chronique ; mais il prépare heureusement les parties à bien sentir l'action dynamique des autres moyens soit locaux, soit généraux. Il faut le dire, dans la pratique civile des maladies des yeux, on n'a pas suffisamment recours à cette importante ressource ; il nous arrive tous les jours, en ville, des malades atteints d'ophthalmies chroniques qui étaient depuis longtemps pommadés, mercurialisés, abreuvés d'eaux de Sedlitz, de teinture de colchique, etc., et que nous voyons améliorer grandement par une ou plusieurs évacuations sanguines. Tout cela est sans doute vieux, banal même si l'on veut, mais on ne l'observe pas assez, et il est remarquable de voir la différence de résultats qu'on obtient dans les services des hôpitaux, suivant qu'on suit ou qu'on ne suit pas assez une pareille prescription. On n'exécute pas de la même manière, dans tous les services, cette indication ; et c'est pour en faire connaître les différences que ce petit article a été composé. M. Gerdy applique les sangsues sur les paupières elles-mêmes : il en résulte des ecchymoses, des colorations avec gonflement des tissus palpébraux ; mais tout cela se dissipe en peu de jours et l'amélioration n'en persiste pas moins. On comprend qu'en ville cette pratique aurait des inconvénients, car elle obligerait à garder la chambre pendant la persistance des ecchymoses ; nous n'avons pas trouvé d'ailleurs que le résultat était beaucoup meilleur que lorsque les sangsues étaient appliquées à la tempe. Ce dernier mode d'application est celui qu'on suit généralement. Un chirurgien cependant, M. Chassaignac, s'est attaché à d'autres errements. Partant de l'observation que les vaisseaux *efférents* des paupières viennent confluer vers l'angle de la mâchoire inférieure, M. Chassaignac a adopté cette région pour l'application des sangsues contre les affections oculaires, et il s'en trouve assez satisfait. Nous devons néanmoins à la vérité de dire que ce mode d'application nous a semblé un peu moins efficace peut-être que celui de l'application à la tempe. Anatomiquement, l'observation de M. Chassaignac est exacte ; Astley Cooper l'avait déjà indiquée en faisant remarquer que, dans le cancer de l'œil ou des paupières, le bubon cancéreux ne se montrait pas à la tempe, mais bien à l'angle de la mâchoire ; cela est conforme aussi aux planches de Mascagni : mais la question des effets des évacuations sanguines est toute empirique ou expérimentale, et peut se rattacher à d'autres considérations qu'à celles des éléments anatomiques.

Pommades périorbitaires. (M. Chassaignac.) — Un autre point que nous devons mentionner à cette occasion concerne le lieu d'application des pommades anti-ophthalmiques. On préfère généralement les paupières et leurs alentours. M. Chassaignac cependant croit avoir observé qu'à la région syncipitale l'absorption est plus abondante; aussi fait-il couper à ras les cheveux de la partie antérieure de la tête et frictionner les pommades sur ce lieu. La pommade mercurielle, appliquée de la sorte, détermine la salivation, d'après l'observation de M. Chassaignac; tandis que rarement cela a lieu quand on la frictionne autour de l'orbite. L'application dont il s'agit est basée sur cette donnée que, sur le synciput, les vaisseaux lymphatiques sont beaucoup plus abondants et superficiels qu'aux paupières et au front. Reste à savoir cependant si ce fait anatomique réel peut autoriser la déduction pratique en question, car est-il bien prouvé que l'absorption cutanée est, pour chaque région, en raison de la quantité des lymphatiques, plutôt que de la finesse de la peau et de la vascularité veineuse-artérielle? Le fait de la salivation ne prouve pas à nos yeux que l'absorption soit plus abondante. Le travail que nous avons donné dans le dernier numéro, page 274, sur l'absorption cutanée de la pommade mercurielle, nous confirme dans cette opinion que plus on s'approche de l'organe malade, plus l'effet du médicament doit être senti avantageusement. D'un autre côté, on comprend qu'on ne peut facilement obtenir de couper les cheveux sur des sujets du sexe. On voit que nous sommes loin de contester la bonté de l'innovation de M. Chassaignac; mais notre devoir nous oblige de dire que, jusqu'à présent, il ne nous est pas démontré que ce mode de pansement soit plus efficace que l'ancien.

PROPOSITIONS CLINIQUES.

— *Résection du coude.* D'après M. Roux la résection du coude, lorsqu'elle est praticable, doit être préférée à l'amputation du bras. Les guérisons remarquables, en effet, que ce professeur a obtenues à l'aide de la résection chez des sujets qui ont pu se servir consécutivement de leur main sont de nature à encourager cette manière de voir; cependant, on ne saurait se dissimuler que cette opération est peut-être plus grave que l'amputation du bras, puisque plusieurs sujets sont morts des suites de la suppuration; il est vrai néanmoins qu'ils auraient pu mourir pareillement si on leur eût amputé le bras; mais cela est probablement plus rare. D'un autre côté, il importe de faire remarquer que, lorsqu'elle réussit comme opération, la résection est loin de réussir toujours comme remède. Un jeune homme, menuisier, qui se trouve en ce moment dans les salles de M. Roux, avait été opéré il y a trois ans; le coude avait été réséqué pour une tumeur blanche, et la plaie s'était cicatrisée; mais des fistules se sont formées ensuite et elles persistent encore; le malade y éprouve des douleurs, l'avant-bras est pendant, atrophique, inserviable; jusqu'à présent, le patient n'a pu reprendre son travail. Peut-être en est-il autrement lorsque la résection est pratiquée pour une lésion traumatique, et il serait à désirer que M. Roux formulât aujourd'hui nettement sa conviction à cet égard d'après sa longue expérience.

— Ce petit article était déjà imprimé lorsque nous avons eu occasion de consulter M. Roux sur cette importante question. Il a pratiqué quatorze fois, jusqu'à présent, la résection du coude; sur ce nombre cinq malades sont morts, neuf ont guéri, ce qui donne la proportion de un mort sur trois opérés. Parmi les guéris deux ou trois sont restés à Paris et se servent parfaitement de leur membre, excepté cependant l'individu qui est en ce moment à l'Hôtel-Dieu : les autres sont en province et n'ont pas été revus après leur guérison. Nous ne savons si l'on a des données précises sur la proportion de la mortalité après l'amputation du bras, pour comparer les deux opérations au point de vue de leur gravité.

— *Plaies à la plante du pied.* D'après les observations de M. Lisfranc, les plaies ou les ulcères à la plante du pied, en particulier quand ils siègent vers le talon, sont extrêmement longs et difficiles à guérir, quelle que soit leur simplicité d'ailleurs. Il serait difficile de donner la véritable raison de ce fait remarquable. Un jeune homme, qui se trouve à la clinique de la Pitié depuis un mois pour une petite plaie au talon, faite par un fragment de verre, en fournit la preuve; la petite plaie, qui n'a pas plus de 3 cent. de longueur, qui ne contient pas de corps étranger, est dans un état stationnaire, ne suppure qu'à peine et paraît à peine disposée à se cicatriser, malgré l'usage constant du repos, d'applications émollientes, etc. Il importe donc que le pronostic soit en conséquence, dans ces cas, et de prévenir le patient que, s'il marche sur la pointe du pied, il s'expose à avoir un pied bot (pied-équin), ainsi qu'on en a des exemples.

— *Fractures.* D'après M. Blandin l'appareil dextriné n'est applicable, avec un avantage très marqué sur l'appareil ordinaire, que dans les fractures de l'extrémité inférieure du radius et du péroné. Dans ces cas, en effet, comme l'indication fondamentale est de tenir constamment la main ou le pied forcément dirigés dans un sens latéral, l'appareil dextriné remplace avantageusement l'attelle courbe de Dupuytren. Il faut cependant pour cela qu'après la pose de la bande dextrinée le desséchement ne s'opère que dans la position désignée par l'indication thérapeutique, et que le membre soit fixé dans cette position pendant vingt-quatre heures, à l'aide d'attelles et de coussinets temporaires qui lui servent de tuteurs. Après cette époque, on ôte les tuteurs, et le membre reste invariablement cuirassé dans la position qu'on lui a primitivement assignée, tandis que l'appareil ordinaire se relâche et ne donne que des résultats imparfaits. Une autre précaution importante c'est que l'appareil dextriné ne soit posé que quelques jours après l'accident, lorsque le membre est déjà détuméfié; on n'aura pas ainsi un creux entre le membre et la cuirasse.

— *Opérations sanglantes à la figure.* D'après M. Velpeau, quand on pratique une opération sanglante à la figure (comme pour extirper une tumeur, par exemple), il est plus avantageux de faire une incision courbe, en croissant, qu'une incision droite, par la raison qu'elle donne deux lambeaux plus amples, et qu'en se coarctant par la suite, elle laisse une cicatrice linéaire droite, qui est toujours plus courte et moins visible que si l'on eût pratiqué une incision droite. Un jeune homme, qui vient d'être opéré de la sorte à la Charité d'une tumeur du volume du poing, à la joue, n'offre aujourd'hui qu'une petite cicatrice droite dans la direction des favoris.

— *Luxations spontanées du fémur.* D'après M. Chassaignac, lorsqu'une luxation congénitale de la tête du fémur existe, et que des doutes se présentent sur son existence, ainsi que cela est arrivé plusieurs fois, on peut s'en assurer aisément, en élevant avec une main tout le membre en l'air : si la luxation existe, le pied peut être élevé jusqu'à la tête, et porté même jusqu'à la nuque. D'autre part, si l'on fléchit la jambe à angle droit sur la cuisse, et celle-ci à angle droit sur le bassin, et qu'on fasse exécuter au membre des mouvements rotatoires, en le soutenant avec une main posée en calotte sur le genou, et avec l'autre embrassant la plante du pied, on peut faire décrire à la jambe un demi-

cercle plein, s'il y a luxation, tandis que dans le cas contraire, le pied ne va pas au delà d'un quart de cercle. Un jeune homme atteint de luxation congénitale qui se trouve en ce moment, à la Charité, a servi à la démonstration de ces deux caractères.

—*Abcès des amygdales.* D'après M. Jobert, on peut reconnaître, longtemps après la guérison d'un abcès des amygdales, la préexistence de cette maladie. Dans cette partie, en effet, l'ouverture de l'abcès reste béante, les bords et le fond se cicatrisant dans un état d'écartement, de telle sorte qu'ils restent évasés et flottants, comme des franges ou des caroncules myrtiformes. Une amygdale, qu'il a excisée dernièrement, a permis de constater que le corps amygdalique hypertrophié résultait d'un développement considérable des divers groupes de cryptes et d'un agrandissement considérable des lacunes mucipares; un stylet passait par ces lacunes à de grandes profondeurs, et, sur quelques points, il traversait l'amygdale de part en part; cette disposition explique pourquoi la moindre incision écarte entre eux les groupes de cryptes divisés et laisse les parties se cicatriser séparément.

— *Pouls dans l'ictère.* D'après M. Bouillaud le pouls chez les sujets atteints de jaunisse, est d'une lenteur extraordinaire. Un malade qui se trouve en ce moment dans les salles de M. Blandin, avait subi l'amputation d'un cinquième orteil et d'une portion du métatarsien correspondant; sa plaie était presque complètement cicatrisée lorsqu'il a été pris tout à coup et sans cause appréciable de jaunisse générale intense, sans fièvre; son pouls présente à peine de 40 à 48 pulsations par minute. Il s'agit cependant d'un sujet robuste; il est vrai qu'on n'avait pas compté le pouls avant la déclaration de l'ictère. Cette remarque, au reste, n'est pas tout à fait neuve, car les anciens appelaient *abdominal* un pouls lent, large et mou, ce qui conduisait à rechercher la maladie dans les organes du ventre.

— *Fracture de la base du crâne.* Dans ces fractures, indépendamment de la commotion et de l'ecchymose palpebrale dont nous avons parlé et qui peut manquer au reste, il y a souvent écoulement de sang par l'oreille, par le nez ou par la gorge; mais cet écoulement lui-même n'est pas un caractère constant ni univoque; nous avons rapporté, en effet, des cas dans lesquels il avait eu lieu, et pourtant, à l'autopsie, on n'a pas trouvé de fracture à la base; d'autres où la fracture existait sans cela; d'autres enfin où la guérison a eu lieu promptement malgré l'écoulement, ce qui a dû faire penser qu'il n'y avait pas eu de fracture.

Statue élevée a Astley Cooper. — Une statue colossale en marbre, du ciseau du célèbre Bailey, vient d'être inaugurée dans l'église de Saint-Paule, à Londres, à la mémoire de l'illustre chirurgien Astley Cooper, par souscription de ses élèves. MM. Callaway et Travers ont dirigé cette honorable entreprise. Quand est-ce qu'une statue pareille sera élevée à Dupuytren à l'Hôtel-Dieu?

La torture. — Cet horrible moyen d'extorquer un aveu nous avait été transmis par les Grecs et les Romains. Une froide et ingénieuse cruauté l'avait classée en trois espèces : question préparatoire, question pour aveu du crime question pour révélation des complices (Montesquieu, *Esprit des lois*, t. III, page. 239). Elle n'a été abolie en France que par Louis XVI, en 1780.

Les médecins inspirés. — « Le médecin le plus occupé est un médecin dangereux s'il ne lit pas. Le médecin qui ne lit pas ne sait jamais que regarder, sans rien discerner; et, aussi ignorant à la fin qu'au commencement, il aura tout au plus le talent d'abandonner à la nature une maladie qu'il aurait guérie s'il avait appris à la connaître. »

(Zimmermann.)

TOXICOLOGIE.

Empoisonnement par le phosphore; *par M. Reedal.* — Un jeune homme, âgé de 14 ans, était traité depuis un mois par un charlatan, pour une affection paralytique de la jambe droite; sa santé générale était excellente. Ce docteur l'avait mis à l'usage du phosphore; il lui en avait d'abord prescrit 30 centig. (6 grains), réduit en 24 pilules avec du carbonate de potasse et extrait de gentiane; le patient en avait pris d'abord une matin et soir, puis deux, puis trois, trois fois par jour, ce qui faisait neuf par 24 heures. Ces pilules avaient été continuées pendant quatorze jours; ensuite, elles avaient été remplacées par une potion phosphorique, ainsi composée : P. solution de phosphore dans de l'éther sulfurique, à saturation; à prendre de 30 à 30 gouttes dans du lait, trois fois par jour. Cette potion a été continuée pendant cinq jours; alors on l'a remplacée par une mixture composée de 2 grammes (40 grains) de phosphore dissous dans 45 grammes (une once et demie) d'huile d'olive, avec addition d'un peu de bergamotte; à prendre à la dose de 18 gouttes, quatre fois par jour, dans du lait. Cette potion a produit de mauvais effets; on a dû en diminuer la dose: l'enfant est devenu malade, faible, a eu des envies fréquentes de vomir; le médecin a bien reconnu que cela tenait à l'action du remède, et, pour la combattre, il a administré de la magnésie calcinée, pour neutraliser, disait-il, l'acide phosphorique qui s'était formé dans l'estomac et qui brûlait ce viscère. L'enfant s'est senti soulagé; on lui a donné ensuite de l'huile d'olives et du sirop; puis après, du carbonate de magnésie. Le malade est allé de mal en pis, et il est mort.

A l'autopsie, on a trouvé la surface du cerveau congestionnée, et des injections rouges dans la pulpe de ce viscère; les corps striés ramollis. Les plèvres, les poumons, la membrane interne du cœur et de l'aorte, étaient rouges. La partie inférieure de l'œsophage offre des stries noirâtres comme si elle eût été barbouillée avec un pinceau trempé dans une forte solution caustique. La surface antérieure de l'estomac est injectée extérieurement et de couleur vermeille; la muqueuse est plus colorée que dans l'état naturel; son intérieur contient environ 60 grammes de liquide noir, analogue au marc de café, et une grande quantité de mucus. La membrane muqueuse de ce viscère est ramollie dans toute son étude. Les intestins sont sains jusqu'au cœcum; mais, vers le commencement de la valvule iléo-cœcale, le sac du cœcum est fortement enflammé, épaissi et converti en une sorte de cuir. Le colon est très congestionné partout et enflammé par-ci par-là (*The Lancet*, septembre 1844).

— La science possède déjà un asssez grand nombre de cas bien avérés d'empoisonnement mortel par le phosphore pour permettre d'établir que la mort de l'enfant dont on vient de lire les détails se rattache incontestablement à l'administration excessive de ce métal. L'action toxique s'est déployée d'autant plus sûrement dans ce cas, que le sujet était très jeune, faible par l'inaction à laquelle le condamnait sa paralysie et sa fièvre. Ces conditions, en effet, étaient autant de motifs d'intolérance pour un composé minéral quelconque doué d'une grande énergie et administré à doses élevées. Aussi, qu'est-il arrivé? C'est que la constitution s'est affaissée, a passé par tous les degrés de l'hypostrénie, et, enfin, la vie s'est éteinte presque subitement, ainsi que cela a lieu dans toute

intoxication lente par un composé métallique quelconque. Les préparations iodées ou mercurielles, celles d'arsenic ou d'antimoine, celles de zinc, de plomb, de cuivre ou d'autres métaux dont on abuse, n'opèrent pas autrement en définitive. Lisez d'ailleurs les détails des cas accompagnés d'autopsie qu'à réuni M. Devergie, concernant le phosphore, vous serez étonné de ne trouver dans la symptômatologie qu'un abaissement progressif du rhythme de toutes les fonctions; et enfin, sur le cadavre, des tissus blancs, ramollis, exsangues ou congestionnés de sang veineux comme après tout empoisonnement hyposthénique chronique. Comment se fait-il donc que, dans tous les livres récents, on fait un tableau vraiment effrayant de la prétendue action excitante, au plus haut degré, du phosphore? Deux causes ont principalement contribué à cette erreur. D'abord, la faculté inflammable de ce métal à l'air; ensuite, la faculté qu'a le phosphore d'exciter les désirs vénériens dans certaines circonstances. La première présomption est sans fondement, car c'est un phénomène chimique qui n'a rien à faire avec la vie; ici l'absorption s'empare du phosphore, celui-ci passe dans le sang, en modifie la manière d'être, et va porter dans cette enveloppe son impression au parenchyme sensitif des organes; les organes réagissent, et cette réaction se manifeste dans leurs fonctions; c'est là dans cette manifestation fonctionnelle qu'il faut lire l'action dynamique. Or, rien d'excitant ne s'observe dans le rhythme des fonctions après l'usage du phosphore; au contraire, le pouls baisse, les forces déclinent sous cette influence; et enfin, rien ne décèle à l'autopsie la prétendue excitation *foudroyante* que M. Devergie soutient de toutes ses forces avec ses prédécesseurs, malgré le démenti le plus complet que lui donnent les faits mêmes qu'il rapporte dans son ouvrage. Quant au phénomène du priapisme, c'est là un fait secondaire qui se rattache à l'action mécanique ou physico-chimique du médicament sur les organes génito-urinaires par son passage dans les urines, ce qui est commun, d'ailleurs, à beaucoup de substances énergiques, telles que la cantharide, le sublimé-corrosif, l'arsenic, etc. Nous revenons sans cesse sur ces idées, parce que nous croyons que là est tout l'avenir de la toxicologie, et qu'il faut frapper à plusieurs reprises les grands préjugés pour les déraciner.

DOCUMENTS TOXICOLOGIQUES.

Empoisonnement par de l'huile d'amandes amères. — Une petite fille venait d'avaler quelques gouttes d'huile essentielle d'amandes amères, on ne dit pas dans quelles circonstances; elle a éprouvé à l'instant des symptômes graves d'empoisonnement. M. Smith a été appelé et l'a trouvée dans l'état suivant: le pouls à la radiale était éteint; les veines jugulaires étaient très gonflées et offraient un mouvement ondulatoire; les carotides étaient pleines et battaient vite; membres dans un état de résolution, paupières fermées, yeux vitrés et tournés de droite à gauche, pupilles dilatées, mâchoire inférieure serrée spasmodiquement contre la supérieure. Respiration lente. Insensibilité générale complète. M. Smith a fait avaler de suite un mélange d'eau-de-vie, d'eau et d'ammoniaque, a frictionné de l'ammoniaque extérieurement et au nez; deux bouteilles d'eau chaude aux pieds; sinapismes de moutarde émétisés. Sous l'influence de ces moyens l'enfant est revenue à la connaissance. Les suites ont été heureuses. (*The Med. Times.*)

— C'est, comme on le voit, la médication stimulante qui a été suivie dans ce cas. Cette méthode est aussi celle que nous avons recommandée pour tous les composés cyanhydriques au nombre desquels est l'huile d'amendes amères.

Vapeurs de soufre. — « Ceux qui sont exposés à la vapeur du soufre allumé ou fondu sont sujets à la toux, à la dyspnée, à l'enrouement et aux maladies des yeux. Un boulanger voyant des bouts soufrés (allumettes) avec lesquels ils allument leur bois, enflammés, et craignant que le feu prît à sa maison, osa les fouler aux pieds pour les éteindre, et pensa mourir sur-le-champ. Il eut pendant plusieurs jours une toux très violente, une grande difficulté de respirer; accidents qui provinrent, sans doute, du resserrement des vésicules pulmonaires par l'acide du soufre qu'il avait avalé. L'huile d'amandes douces, la diète lactée, le soulagèrent un peu; mais il ne survécut pas un an à son imprudence. » (*Ramazzini*).

— « Les ouvriers qui emploient le soufre doivent prendre le plus de précautions qu'il leur sera possible. Les vapeurs de cette substance fondue ou enflammée sont très pernicieuses; reçues avec l'air dans les poumons, elles agissent violemment sur cet organe, picotent sa membrane très sensible et très irritable, excitent une toux violente et convulsive; et si elles sont longtemps inspirées, ou en trop grande quantité, elles arrêtent le mouvement vital, en desséchant subitement les vésicules pulmonaires, et en empêchant ainsi la dilatation de ce viscère. On a trouvé les poumons d'une personne suffoquée par la vapeur du soufre desséchés et rapetissés au point qu'ils étaient retirés dans le fond des cavités thoraciques, et qu'ils n'en occupaient pas à beaucoup près toute l'étendue. » (*Fourcroy*).

REVUE GÉNÉRALE.

Ozène et névralgie faciale, *guéris à l'aide de l'extraction d'une dent*, par M. Harris, d'Amérique. — Une personne éprouvait, depuis plus de deux ans, une affection opiniâtre dans la fosse nasale gauche et de temps en temps des névralgies presque insupportables dans le côté correspondant de la face. Les douleurs partaient de la première dent molaire supérieure gauche, s'irradiaient vers l'angle de la mâchoire, de là à l'aile du nez, à l'angle interne de l'œil, et quelquefois aussi jusqu'au sommet de la tête. La muqueuse nasale a fini par s'ulcérer et rendre une matière fétide, mélangée quelquefois de pus et de sang; cette matière excoriait par son contact les parties qu'elle touchait. La membrane muqueuse de la narine s'était tellement boursouflée, épaissie, qu'elle bouchait cette cavité et empêchait le passage de l'air; la peau externe était d'un rouge foncé, très tuméfiée et sensible au toucher. On a examiné les dents attentivement et on les a trouvées saines en apparence; on a essayé plusieurs traitements inutilement; enfin, M. Harris ayant reconnu que l'alvéole de la première molaire supérieure gauche était malade: que cette dent était entourée de tartre et descendait au dessous du niveau des autres; que la névralgie partait de ce point; que les gencives voisines étaient enflammées et spongieuses, il l'a arrachée, ce qui a fait écouler de la matière fétide de l'intérieur du sinus maxillaire. Un stylet introduit dans l'alvéole a pénétré jusque

dans le sinus et produit de la douleur dans cette partie. L'examen de la dent a fait voir que ses racines étaient largement exostosées. L'alvéole lui-même était fort élargi et présentait des végétations fongeuses; M. Harris l'a cautérisé à l'aide d'une forte solution de nitrate d'argent appliquée avec un petit pinceau; il a pratiqué, dans le sinus, des injections avec une solution de myrrhe deux fois par jour. Ces parties se sont dégorgées et cicatrisées, la névralgie et l'écoulement nasal ont diminué petit à petit, la muqueuse s'est dégonflée, et enfin le malade a guéri de toutes ces affections sans d'autre traitement. Consécutivement, M. Harris a revu ce malade et la guérison n'avait pas été démentie. L'auteur pense que la maladie avait débuté dans l'alvéole, delà elle s'était propagée dans la muqueuse du sinus, et par continuité dans la muqueuse nasale; la névralgie elle-même émanait de la même source d'irritation phlogistique du périoste des racines dentaire (*The Amér. med. and surg. jour.*, et *Med. Times*, 5 *oct*,).

— On comprend parfaitement l'affection dont on vient de lire les détails, et on comprend aussi pourquoi ces sortes de lésions sont souvent si méconnues dans leur début. La source des souffrances n'est, en effet, que purement dynamique en origine; il y a phlogose soit périostale soit osseuse; mais bientôt des conditions mécaniques s'ajoutent aux précédentes et la chose devient appréciable à l'examen chirurgical. Il n'est pas rare de trouver des racines dentaires pénétrer jusque dans le sinus maxillaire, congénitalement ou accidentellement, et donner lieu à des phénomènes d'irritation anomale ou incompréhensible, jusqu'à ce que la véritable source ait été découverte et combattue à l'aide de l'extraction dentaire; mais ce qu'on peut considérer comme un fait tout à fait nouveau, c'est de voir un ozène obstiné, une rhinite ulcérative chronique s'engendrer sous l'influence de la même cause. A ce point de vue, l'observation qu'on vient de lire est réellement digne d'intérêt. Dans certaines circonstances on aurait pu s'en laisser imposer, croire à une maladie syphilitique, prescrire des traitements inutiles sinon nuisibles, tandisqu'un examen plus soigné peut conduire à la véritable source de la maladie.

Concrétions biliaires. — A l'occasion d'un travail de M Duparcque sur les concrétions de la vésicule biliaire, nous appelions dernièrement l'attention sur une illusion assez commune dans ces occurrences, et qui consiste à prendre pour des concrétions biliaires de simples grumeaux d'adipocire, qui se forment souvent dans l'estomac et les intestins des personnes auxquelles on administre habituellement de l'huile d'amandes douces, d'olives ou de ricin. Cette observation signalée par M. Mojon, il y a longtemps, a été constatée par d'autres depuis. Nous trouvons, dans une autopsie faite autrefois par M. Mérat à l'hôpital de la Charité, d'une femme morte d'une hernie étranglée, les détails suivants : « Je ne fus pas peu surpris, dit l'auteur, de trouver l'estomac et une partie des intestins remplis d'un liquide dans lequel nageaient des morceaux nombreux, et d'un volume différent, d'une *matière grasse*, d'un blanc jaunâtre. Le foie de cette femme était squirrheux, la vésicule du fiel était détruite. » Ainsi, il est évident que ces concrétions adipocireuses n'avaient pu se former que dans l'estomac même par la décomposition de l'huile de ricin, que la malade avait prise; car la vésicule biliaire manquant tout à fait, elles ne pouvaient lui être attribuées. On comprend par là comment on peut faire rendre à des malades de ces concrétions réputées biliaires, en leur administrant des substances huileuses. Cela ne veut pas dire, on le conçoit, que ces médicaments ne peuvent être utiles, à un autre point de vue, dans les coliques dites hépatiques.

Embaumement par injection. — Le docteur Nicol d'Édimbourg dit avoir employé, depuis plusieurs années, comme moyen de conservation des pièces anatomiques, et qu'on peut, par conséquent aussi, prescrire pour les embaumements, la solution suivante : P. Sublimé corrosif 25 à 50 centig. (5 à 10 grains); faites-le dissoudre dans une pinte d'eau; ajoutez du nitrate de potasse jusqu'à saturation. Les peaux des animaux, qu'on veut empailler, sont trempées dans cette solution, puis séchées; elles se conservent parfaitement et ne sont pas attaquées par les insectes; leurs poils, ni les plumes ne sont aucunement altérés par le liquide.

Vaccine. Dans un mémoire que M. le docteur Fiard a adressé à l'Académie des sciences (14 oct.) et intitulé : *Expériences comparatives ayant pour but de constater les caractères différentiels de développement, de marche et de durée éruptive du vaccin de 1844 et de celui de* 1836 (avec planches), on lit les remarques suivantes : — « Ce n'est pas, dit l'auteur, comme on l'a pensé jusqu'à ce jour, le développement plus ou moins considérable (dans certaines limites cependant) des pustules vaccinales au huitième ou au neuvième jour, qui peut et doit d'une manière essentielle démontrer la dégénérescence de la vaccine. C'est à mon avis, selon des observations plus longues et plus complètes, la marche continue et régulière, et surtout la durée de l'éruption qui, par sa diminution progressive, indiquent les degrés de cette dégénération. Plus tard l'appauvrissement des développements pustuleux l'aurait aussi progressivement, comme on l'a vu pour la vaccine de Jenner en 1836. Mais, je le répète, c'est surtout, comme pour la varioloïde, par l'abréviation de la durée régulière de l'éruption que se dénote l'atténuation sur la décroissance de la force du virus recueilli sur l'éruption naturelle et spontanée de la vache porté et entretenu artificiellement sur l'homme. — Le tableau n° 1, dessiné d'après nature, montre le caractère vaccinal des pustules produites sur un enfant par l'inoculation du cowpox que j'ai recueilli sur une vache. — Le tableau n° 2, dessiné d'après nature aussi, représente les effets comparatifs de développement, de marche et de durée du nouveau vaccin de 1844 et de celui de 1836, sur le même enfant, au bras droit et au bras gauche. Il prouve que jusqu'au huitième jour (comme cela a lieu pour la varioloïde et la variole) la différence est nulle; mais à dater du neuvième jour la dessication des pustules de l'ancien vaccin commence; elle est complète du treizième au quatorzième jour. Le nouveau, au contraire, poursuit sa marche et son développement plus lentement, et la dessication n'est complète que du seizième au dix-septième jour. C'est donc entre les deux vaccins une différence de trois à quatre jours. — Le vaccin de Jenner, après un séjour de 39 ans sur l'homme, comparé en 1836 à celui de 1844, était tombé au point que la dessication avait lieu le douzième, tandis que celui de 1836, comme celui de 1844, n'arrivait à la dessication complète que le dix-septième jour; il y avait donc une différence de cinq jours. Celui de 1836, aujourd'hui, après 8 ans de séjour sur l'homme, comparé à celui de 1844, dont la dessication n'est complète que le dix-septième jour, arrive à cette dessication du treizième au quatorzième jour; c'est donc trois ou quatre jours qu'il a perdus sous le rapport de la durée éruptive. Or, d'après ce qui précède, il est évident que le vaccin de 1836, en 8 ans, a subi aujourd'hui une atténuation. Donc il faut le remplacer par le nouveau, puis se mettre en mesure pour opérer ce renouvellement tous les 5 ou 6 ans. »

Correspondance.

Ponction hypogastrique de la vessie. — En lisant dans le dernier numéro de votre estimable journal une observation sur la ponction hypogastrique de la vessie pratiquée par M. Gerdy, j'ai été étonné du procédé peu commode que cet habile praticien a choisi pour substituer, après l'opération, une sonde de gomme élastique à la canule du trois-quarts « Voici, est-il dit, comment M. Gerdy s'y est pris pour opérer cette substitution : Un mandrin courbé, dont la courbure coïncidait parfaitement avec celle de la canule du trois-quarts, fut introduit dans l'intérieur de cette canule, et, par là, dans la vessie. Ce dernier instrument retiré, le chirurgien fit glisser, le long du mandrin courbe, une sonde de gomme élastique ouverte par ses deux extrémités; puis le mandrin retiré, et ainsi, la sonde flexible resta seule dans le canal hypogastrique. »

Ce procédé, je le répète, me paraît peu facile, et l'observation dont il s'agit semble le prouver, puisqu'il y est dit : « Qu'à la visite de la veille, M. Gerdy avait tenté déjà l'introduction de la sonde de gomme élastique dans le conduit artificielle, sans pouvoir y parvenir. » D'ailleurs est-il toujours sans danger d'introduire de cette façon un mandrin de sonde dans la vessie?

J'ai été dans la nécessité, pendant une pratique de vingt ans, d'avoir recours sept fois à la ponction hypogastrique de la vessie. Voici le procédé que j'emploie pour substituer une sonde de gomme élastique à la canule du trois-quarts, procédé qui me semble, si je ne me trompe, plus facile et moins dangereux que celui mis en usage par M. Gerdy. Sans nier l'avantage du trois-quarts courbe, je ne me suis jamais servi que du trois-quarts ordinaire; j'ai seulement soin de le choisir d'un volume un peu plus fort que celui dont on se sert habituellement. Avant de pratiquer cette opération, je choisis une sonde de gomme élastique dont les parois s'adoptent exactement à l'ouverture de la canule du trois-quarts et qu'elle puisse cependant traverser avec facilité. Lorsque après avoir plongé le trois-quarts dans la vessie on en retire le poinçon, il en sort avec force un jet d'urine que j'arrête aussitôt en bouchant l'ouverture de la canule avec le pouce de la main gauche, tandis qu'avec la main droite j'introduis dans l'ouverture de la canule du trois-quarts la sonde de gomme élastique qui, pendant que la vessie est encore pleine, pénètre avec la plus grande facilité; je retire ensuite la canule d'argent et je donne issue à l'urine par la sonde flexible. Au bout de quelques jours, lorsqu'il y a adhérence entre la paroi antérieure de la vessie et la paroi abdominale, je remplace cette sonde par un autre d'un plus fort calibre et j'ai soin de la renouveler tous les huit jours au moins, parce qu'il m'est arrivé d'éprouver de grandes difficultés et d'occasionner de cruelles douleurs aux malades en retirant la sonde, à cause des incrustations qui s'y forment quelque fois avec une facilité étonnante.

Ainsi que j'ai eu l'honneur de vous le dire, j'ai été dans la nécessité de pratiquer sept fois la ponction hypogastrique de la vessie, ce nombre vous paraîtra sans doute très considérable, lorsqu'on sait surtout que des chirurgiens, dont le pratique est plus longue et bien autrement nombreuse qu'a celle à laquelle je me livre, ont écrit qu'ils n'avaient jamais rencontré un seul cas où ils fussent obligés de pratiquer cette opération; cela tient, il n'y a pas de doute, à leur plus grande habileté et à la plus grande habitude qu'ils ont du cathétérisme. Mais il faut peut-être tenir compte aussi des circonstances, pour ainsi dire exceptionnelles, dans lesquelles je me suis trouvé toutes les fois que j'ai été dans la nécessité de recourir à cette opération. En effet, ce sont tous des gens de la campagne chez lesquels j'ai été obligé d'en venir à cette extrémité, et l'on sait que ces malades ne se décident à recourir au médecin que très tard, lorsque les accidents sont arrivés à un point où il n'y a plus un moment à perdre pour les sauver. Aussi, toutes les fois que je suis appelé dans de pareilles circonstances, lorsque je me suis livré à tous les essais nécessaires pour arriver dans la vessie, sans pouvoir y réussir, au lieu de continuer des tentatives douloureuses et dont les suites sont quelquefois déplorables, je préfère avoir recours à la ponction de la vessie; cette opération est tellement facile et tellement exempte de tout danger, que je ne conçois pas comment des chirurgiens paraissent tant la redouter. Les sept malades chez lesquels je l'ai pratiquée sont tous des vieillards de soixante-dix à quatre-vingt ans; tous se sont parfaitement rétablis et aucun d'eux n'a éprouvé le plus léger accident à la suite de cette opération.

En conséquence, je suis parfaitement de votre avis lorsque vous dites : « Qu'au lieu de labourer l'urètre, de perforer la prostate et de produire des déchirures si souvent mortelles, il vaudrait mieux, dans nombre de cas, recourir à cette opération, en général si simple. »

Si vous pensiez que le procédé que j'emploie pour substituer la sonde de gomme élastique à la canule du trois-quarts est plus facile et moins dangereux que celui mis en usage par M. Gerdy, et si vous croyiez qu'il ne fût pas généralement connu, veuillez lui donner la publicité que vous jugerez convenable; dans le cas contraire, regardez ma lettre comme non avenue.

Agréez, etc.

ITARD,
D. M. P. à Digne (Basses-Alpes).

FAITS CRITIQUES.

De la doctrine photophobique de M. Bérard. — M. le professeur A. Bérard a publié dernièrement dans la *Gazette des hôpitaux* un article tendant à réfuter les idées admises sur la photophobie, en faveur d'une théorie nouvelle qui lui est propre. Cette théorie, la voici : « Une première condition indispensable pour que la photophobie se manifeste est, dit-il, la contraction de l'iris; la seconde, c'est l'inflammation du cercle ciliaire. Contraction d'un tissu sain qui contracte un tissu malade : voilà le véritable mécanisme de la photophobie. » — Cette théorie est cliniquement et théoriquement inexacte à nos yeux. Un exemple fera de suite comprendre sa véritable valeur. Supposez un homme atteint de gonflement de la luette, avec ou sans gastrite : il éprouve des vomissements. Vous direz avec raison que ce dernier phénomène se rattache à un état d'irritation ou sympathique de l'estomac, et vous ne regarderez l'état de la gorge que comme une simple cause excitatrice ou concomitante. La photophobie n'est qu'un phénomène analogue : la rétine est intolérante à son stimulus normal ordinaire, elle se révolte et vomit la lumière. Ce vomissement peut se rattacher à des causes très diverses, mais toujours de nature hypersthénique dans l'œil, tandis qu'un état opposé peut provoquer l'estomac. Comme phénomène de sensation, la photophobie ne peut donc pas être séparée de la rétine, seule partie sensitive dans l'organe visuel. En conséquence, l'état de l'iris et du corps ciliaire, qu'invoque M. Bérard, ne peut être considéré tout au plus que comme une des causes excitatrices et nullement comme la source véritable de la photophobie. Que ce soit une ulcération de la cornée, une blessure de cette membrane ou de la sclérotique, une phlogose de la choroïde ou d'une autre partie qui provoque la rétine, celle-ci étant elle-même phlogosée, congestionnée ou non, le résultat est toujours le même, et l'on comprend à peine la théorie de M. Bérard qui limite tout à l'iris et au corps ciliaire. Qu'est-ce, d'ailleurs, une cyclite, sinon une choroïdite partielle? Et comment sait-on, d'ailleurs, qu'avec la cyclite la rétine n'est elle-même plus ou moins phlogosée? Voilà pour la partie théorique. Maintenant, nous devons ajouter que, pratiquement, la doctrine n'est pas plus exacte, car rien n'est plus fréquent que de rencontrer l'atrésie pupillaire sans photophobie bien prononcée, la choroïde étant plus ou moins congestionnée. Nous avions nous même écrit, il y a longtemps que la photophobie ne se rencontrait jamais sans être accompagnée de trois autres phénomènes, contraction pupillaire, larmoiement et blepharospasme; c'est là un fait qui défie nos théories. On voit déjà que, selon nous, la photophobie est un phénomène d'un autre ordre d'idées que celles que nous venons de combattre.

Charles Bell. — Ce célèbre physiologiste qui, comme on sait, a consacré sa vie entière au profit de la science, est mort pauvre comme tant d'autres hommes éminents qui ont cultivé la science pour la science elle-même. Le gouvernement anglais vient d'accorder à la veuve de Charles Bell une pension annuelle de 2500 francs. Il serait à désirer que ces exemples trouvassent des imitateurs chez nous. La veuve de Sanson est restée dans la détresse; la souscription au monument de Larrey est avortée; le nom de Dupuytren est presqu'oublié, et c'est tout au plus si l'Académie de médecine fait faire quelques petits bustes en plâtre, véritables bagatelles, pour décorer sa salle. Ne vaudrait-il pas

mieux que cette société consacrât l'argent qu'elle prodigue pour entretenir un futile bulletin de ses séances, que personne ne lit, à des œuvres de ce genre qui l'honoreraient!

BIBLIOGRAPHIE.

Cours de microscopie *complémentaire des études médicales*; par M. Donné, D.M. Un vol. in-8° de 550 pages. Paris, 1844. Chez J.-B. Baillière, libraire, rue de l'École-de-Médecine, 17.

Sous ce titre M. Donné a rassemblé les observations qu'il a faites à l'aide du microscope et de quelques réactifs chimiques sur divers corps organiques, tels que le sang, le mucus, l'urine, le sperme, le lait, etc. Chaque groupe d'observations forme une sorte de mémoire isolé et indépendant; de sorte qu'il s'agit moins dans ce volume d'un système complet, d'un cours véritable de microscopie, que de recherches circonscrites. Dans le sens reçu, le mot Cours embrasse un ensemble de principes généraux, de règles, de lois applicables à de grandes familles de corps ou de phénomènes; il apprend à appliquer ces principes et à imiter le maître; et, pour ce qui est de la microscopie médicale, un véritable cours est censé passer en revue les types de tous les corps dont s'occupe l'art de guérir. Cette remarque générale qui porte sur le titre de l'ouvrage, ne peut rien préjuger sur le mérite des recherches particulières que nous devons examiner; nous devons ajouter cependant pour être juste, que bien que le livre de M. Donné ne présente pas les principes généraux qu'on est en droit de rencontrer dans un cours, l'auteur s'est efforcé, dans une introduction assez étendue, d'esquisser les progrès qu'il croit avoir fait faire à l'étude de la microscopie médicale et les progrès qui restent à faire, et il a touché en passant à quelques notions générales qu'on regrette de ne pas y trouver développées. C'est ainsi, par exemple, qu'il nous apprend que : « L'observation microscopique constitue réellement une science qui a ses principes et ses règles, ses difficultés et ses méthodes, dont la connaissance ne s'improvise pas plus que celle de toute autre science. » — Et l'auteur nous laisse ignorer malheureusement quels sont ces principes et ces règles, ces difficultés et ces méthodes, et la manière de les apprendre comme ceux de toute autre science!... Un peu plus loin, M. Donné ajoute : « Il faut même dire que ce genre d'observation exige une *certaine aptitude spéciale* qui paraît manquer à quelques personnes. »—N'est ce pas désolant pour nous autres ignorants qui espérions nous initier aux mystères du microscope à l'aide du cours de M. Donné de nous trouver ainsi humiliés, en quelque sorte, dans le doute où nous restons de savoir si nous portons ou non une organisation spéciale, une aptitude congénitale propre à nous laisser regarder avec fruit à travers l'oculaire du microscope? Raison de plus, pour regretter profondément l'illibérale réserve de M. Donné! L'auteur regarde le microscope comme une sorte de réactif propre à décéler certaines conditions des corps concrets et à formes définies, lesquelles échappent à l'œil nu; il déclare en même temps qu'il ne peut rien à l'égard des corps amorphes ou sans structure et des corps liquides. Sur ces derniers, en effet, l'instrument n'a de prise qu'autant qu'ils contiennent des molécules solides en suspension. Ainsi, dans le sang, dans le mucus, le microscope ne peut tenir compte que des atômes qu'on appelle globules ou globulins; dans le sperme il ne s'arrête qu'aux zoospermes, la partie séreuse ou liquide qui en forme la masse échappant au foyer des lentilles. On voit, par conséquent, que la microscopie n'a de portée que sur une partie seulement des éléments des corps organiques; encore n'examine-t-elle que la seule forme de ces éléments; et comme la forme des globules d'un grand nombre de corps (mucus, pus, lait, etc.) n'offre pas des différences bien tranchées, il en résulte souvent l'impossibilité de porter un jugement assuré à l'aide du seul microscope.

M. Donné avoue lui-même, en effet, qu'il lui est impossible de reconnaître la présence du pus ou du lait dans le sang, et si un crachat est simplement muqueux ou purulent. « Il n'est pas, dit-il, de question moins avancée quant aux moyens de reconnaître la présence du pus dans le sang, de constater le mélange des globules purulents avec les globules sanguins; vingt fois j'ai cru le problème éclairci au point d'être résolu, et toujours, après un examen plus approfondi, j'ai dû renoncer à l'espoir de vaincre la difficulté que présente ce sujet. » — Et, à propos du mucus, il ajoute : « Nous sommes forcé de répéter souvent que le passage du mucus à l'état de matière purulente est impossible à déterminer, et il est un point où les deux substances se confondent l'une avec l'autre. » — Le microscope ne distingue pas davantage le mucus de la matière tuberculeuse, et il ne sait indiquer de différence entre le pus d'un phlegmon et celui de la blennorrhagie, entre un mucus normal et un mucus inflammatoire, contagieux ou non. C'est déjà faire pressentir que la sphère d'action du réactif dont il s'agit, est d'autant plus limitée en pathologie clinique, qu'il ne peut opérer ordinairement que sur des tissus déjà détachés de l'arbre vivant. Plus de cent pages sont consacrées par M. Donné à l'examen microscopique du sang. Après avoir rappelé ce que l'on connaît depuis longtemps sur les trois éléments fondamentaux de ce fluide, savoir : la fibrine, le serum et la partie colorante (globules rouges), il appelle l'attention sur un quatrième élément qu'il y a découvert, nous voulons parler des globules blancs. Ces globules se déposent à la surface de la couche des globules rouges; ce sont de petites vésicules incolores que l'auteur regarde comme formées de molécules de chyle animalisées et qui doivent se convertir en globules rouges; de sorte que ce serait là des globules rouges incomplets. Le sang à l'état pathologique occupe le reste de ce chapitre. Malgré les louables efforts de l'auteur pour éclaircir les différents problèmes qui ressortaient de cet examen, il n'a pu, le plus souvent, rien découvrir de particulier dans le sang des sujets affectés d'inflammation simple ou de rhumatisme, de fièvre typhoïde ou de phthisie, de chlorose ou d'autre chose; ou du moins, les différences dans les globules étaient si peu marquées, qu'il était difficile d'établir des caractères bien tranchés avec l'état normal.

Nous avouons que notre désappointement a été bien grand à la vue d'un vide aussi profond dans ce point aussi important de la science. C'est une raison de plus pour encourager les recherches de M. Donné. Enfin, l'auteur a consacré quelques pages à l'étude de la couënne, mais, ainsi que nous avons déjà eu l'occasion de le faire remarquer, ce sujet laisse beaucoup à désirer. Il est regrettable que M. Donné n'ait pas eu connaissance des belles observations de Rasori sur la couënne (Théorie de la phlogose, trad. par M. Pirondi). Dans le chapitre relatif au mucus, l'auteur établit trois espèces de membranes muqueuses, d'après la réaction chimique de leur sécrétion. Les unes résultent de l'inflexion de la peau externe et offrent un mucus acide comme la sueur; exemples : le vagin, la bouche, la vessie urinaire: ces membranes muqueuses l'auteur les appelle *fausses*! Les autres sont à réaction alcaline, il les appelle *vraies*; exemples : bronches, utérus, voies digestives. D'autres sont *mixtes* parce qu'elles participent des deux réactions; exemples : rectum, lèvres, cæcum, etc. Au point de vue de l'inspection microscopique, ces mucus offrent des différences, en ce sens que le mucus acide présente des globules plus volumineux et une quantité considérable de squammes épidermiques provenant de l'épithélium épais qu'on ne rencontre pas dans le mucus alcalin. Le mucus vaginal chez quelques femmes atteintes d'écoulement ou de chancres lui a présenté une quantité d'infusoires qu'il a appelés *tricomonas vaginale*; on les rencontre sûrement lorsque le mucus est écumeux au sortir du vagin. Le pus, le sperme, les urines et le lait se présentent enfin tour à tour à la lentille microscopique de M. Donné; nous regrettons vivement que les courtes limites de cette analyse ne nous permettent pas de le suivre pas à pas sur ce terrain; nous aurions bien des objections à soumettre au savant micrographe, et des doutes sérieux à élever sur la valeur de ses déductions; il est probable que l'occasion ne nous manquera pas de reprendre en sous-œuvre les questions qui se rattachent à ces divers sujets; en attendant nous ne pouvons que recommander la lecture du livre de M. Donné.

Mouvement dans le personnel des hôpitaux. — On parle d'un mouvement prochain dans les services chirurgicaux. M. Breschet, qui continue à respirer l'air de l'Auvergne par cause de santé, passerait à la retraite; M. Gerdy ou M. Jobert viendrait à l'Hôtel-Dieu; M. Ph. Boyer aurait le service de M. Gerdy à la Charité.

PARIS. — IMPRIMERIE DE LACOUR ET COMP.,
Rue Saint-Hyacinthe-Saint-Michel, 32.

Deuxième Année. Ce Journal paraît le Ier de chaque mois. No 9. — décembre 1844.

ANNALES DE THÉRAPEUTIQUE

MÉDICALE ET CHIRURGICALE

ET

DE TOXICOLOGIE.

Cette publication a pour but d'approfondir l'étude des Médicaments, des Poisons, des Eaux minérales, et de faire connaître avec exactitude la Pratique des Hôpitaux de Paris.

REVUE MENSUELLE DES HÔPITAUX.

PUBLIÉES PAR

M. le Docteur ROGNETTA,

Ancien Rédacteur de la *Gazette Médicale* et de la *Gazette des Hôpitaux*.

L'abonnement est de
Pour Paris. . . 10 fr.
Pour la Province 12
Pour l'Étranger. 14

On s'abonne à Paris,
Chez
LE RÉD. EN CHEF,
Rue des Petits-Augustins, 15 bis.

« Pour moi, je crois qu'un seul homme peut embrasser toutes les parties de l'art; et, puisqu'on les a divisées, je » fais surtout cas de celui qui réunit le plus de connaissances qui le concernent. »

(Celse, liv. 7. c. 1.)

ÉTUDE SUR LES EAUX MINÉRALE.

« Les eaux minérales sont une richesse dont on doit compte à l'humanité.
» Alibert. »

Des eaux réputées salines,

En particulier des eaux de mer.

En divisant les eaux minérales naturelles en cinq ou six familles, les hydrologues modernes ont plutôt fait preuve de leurs tendances systématiques que d'une sévérité réelle dans leurs appréciations générales. Cette classification, en effet, qui prend pour base la composition chimique, est à chaque instant bouleversée par les nouvelles analyses, par les changements incessants que les travaux chimiques apportent dans les connaissances relatives à la composition de ces produits. Que devient-elle, par exemple, la famille des eaux iodurées et bromurées depuis qu'on a découvert de l'iode et du brome dans les eaux de Vichy, dans celles de Bourbonne-les-Bains et de Luxeuil, dans presque toutes les eaux salines, dans plusieurs de celles qu'on appelle sulfureuses, etc.? Dans quelle catégorie classera-t-on les eaux bitumineuses dont nous avons parlé dans le dernier numéro? D'un autre côté, comment admettre une famille d'eaux acidules ou carboniques, autrement dites gazeuses, puisque toutes ces eaux sont salines au fond, et que le gaz qui a motivé leur caractérisation se rencontre également dans des sources autrement dénommées? Qu'est-ce la classe des eaux appelées *complexes* par M. Bourdon? Est-ce que toutes les eaux minérales ne sont pas complexes ou mixtes dans leur composition? On a nommé *salines* toutes les eaux qui contiennent des sels; or, nous le demandons, quelle est l'eau minérale naturelle qui soit dépourvue de cet élément? Aussi, les uns placent-ils parmi les gazeuses telle source que d'autres rangent parmi les ferrugineuses, et que d'autres colloquent parmi les salines ou les mixtes, etc. Il est évident qu'en ce sens toutes les eaux sont salines, car toutes contiennent plus ou moins de sels à bases diverses. Les eaux ferrugineuses et les sulfureuses elles-mêmes ne sortent pas de cette catégorie, et c'est aussi à leurs sels, c'est-à-dire à leurs éléments fixes que toutes les eaux minérales doivent leurs vertus dynamiques les plus essentielles.

Nous savons bien que, dans l'état actuel des connaissances, une classification rigoureuse qui prend pour base leur état chimique est impossible; mais ce n'est pas une raison pour adopter des dénominations vicieuses qui conduisent à des idées erronées, à des applications plus ou moins fâcheuses. Jusqu'à ce que des caractères généraux invariables aient été signalés par des études plus approfondies; jusqu'à ce que nos connaissances aient permis d'appliquer à l'hydrologie minérale les mêmes méthodes dont on fait usage en zoologie et en botanique, notre devoir, à nous, est de méditer sérieusement les notions progressives sur chaque eau individuellement. Nous commençons, aujourd'hui, par les eaux de la mer.

Au point de vue chimique, deux éléments paraissent dominer les eaux de mer: des sels à base de soude et de magnésie. Le premier, le sel marin proprement dit, en est le principe essentiel, principe dominateur; il offre un coadjuvant, c'est le sulfate de soude. Le second (hydrochlorate de magnésie), présente lui-même un associé, c'est le sulfate de magnésie. Ainsi, un hydrochlorate et un sulfate de soude, un hydrochlorate et un sulfate de magnésie, voilà les éléments minéralisateurs principaux. Ajoutez, quelques sels calcaires, une faible proportion d'iodure et de bromure (de potassium ou de sodium), une certaine dose de gaz acide carbonique libre et d'air atmosphérique, et vous aurez l'idée générale de la minéralisation de

l'eau marine. Quelques auteurs parlent aussi d'une sorte de matière onctueuse, comme muqueuse, qui est en solution dans l'eau de mer et qui s'attache au linge qu'on y trempe; cette matière est, dit-on, plutôt que le sel marin, la cause qui empêche le linge de se sécher complétement, tant qu'on ne le lave pas dans de l'eau douce. Nous avons souvent constaté l'exactitude de ce fait, mais nous ignorons si l'explication en est exacte. Tout cela, au reste, mérite un examen plus détaillé. Retenons, pour le moment, qu'abstraction faite des derniers éléments, et en remontant aux principes des deux sels fondamentaux, l'on se trouve en présence de deux acides puissants (chlorhydrique, sulfurique) et de deux ou trois terres très répandues dans la nature; ou, si l'on aime mieux, du chlore et du soufre, d'une part; de la soude, de la magnésie et de la chaux, d'autre part; mais, ainsi que Davy l'a démontré, c'est surtout au chlore et à la soude qu'on doit s'arrêter pour se rendre compte de beaucoup de phénomènes qui se rattachent à l'eau de mer.

On avait cru que l'odeur particulière (presque bitumineuse) que l'eau marine présente, tenait au dégagement de quelque peu d'acide chlorhydrique. Ce fait cependant est loin d'être prouvé. On avait ajouté que cette odeur se perdait à une certaine profondeur, ce qui n'est pas prouvé davantage. Dans un intéressant ouvrage que vient de publier M. Catullo, professeur d'histoire naturelle à l'Université de Padoue, l'auteur attribue l'odeur de l'eau de l'Adriatique à la présence du brôme qui, comme on sait, est très volatil; mais c'est là une simple conjecture. L'odeur du brôme est analogue à celle du chlore, mais plus forte et plus désagréable. On sait, au reste, que Buffon admettait dans l'eau de mer l'existence d'une huile empyreumatique pour rendre compte de l'odeur et du goût amer, nauséabonds de ce liquide; les analyses chimiques cependant n'ont pas confirmé ces hypothèses, mais l'on s'accorde à rapporter le goût en question aux sulfates et aux hydrochlorates. Cette amertume est, dit-on, plus prononcée vers les côtes qu'en pleine mer. Et quant à l'odeur, elle pourrait peut-être tenir à la décomposition incessante des innombrables matières organiques qui se trouvent dans la mer. Au surplus, il ne faut pas oublier que, comme sur la terre ferme, il existe au fond des mers des volcans et des sources d'eaux minérales, thermales et froides, qui transmettent à l'eau marine une infinité de matières diverses, des substances bitumineuses et d'autre espèce, capables de communiquer à la masse flottante des odeurs et des goûts variables qui échappent à l'analyse. Nous avons nous-même cité, il y a quelques temps, des exemples de sources minérales bouillantes, émanant du fond de la mer, et l'on peut prouver également que des sources froides non minérales jaillissent aussi souvent du même fond. Le fond de la mer, en effet, n'offre pas de différences essentielles avec la surface de la terre ferme. On y trouve, sur un sol calcaire, des vallées, des plaines, des cavernes, des montagnes stratifiées parallèlement à celles du continent. De là la raison de la variabilité de la profondeur des mers. De là aussi les conditions propres aux éruptions volcaniques et aux jaillissements d'eaux diverses. (Donati, Storia naturale de l'Adriatico.)

On attache avec raison beaucoup d'importance à la présence de l'iode et du brôme dans l'eau marine, et l'on attribue à ces éléments une bonne partie de ses effets thérapeutiques. Aucune objection n'avait été élevée, jusqu'à ces derniers temps, contre une pareille croyance, lorsque quelques savants italiens ont révoqué en doute la présence de l'iode dans l'eau de l'Adriatique. M. Giuli, professeur de chimie à Sienne, ayant analysé l'eau de cette mer, n'a pas trouvé la moindre trace d'un composé iodique quelconque. M. Ragazzini, de Padoue, ayant répété la même analyse, n'en a pas découvert davantage. M. Catullo, ayant examiné à son tour la même question, est arrivé au même résultat négatif. Ces auteurs cependant s'accordent à reconnaître que les plantes marines qui y croissent, les polypiers, les éponges, contiennent considérablement de l'iode. Cette circonstance donne déjà à réfléchir et fait penser que ces analyses méritent au moins confirmation. (*Catullo, Trattato sopra la cost. geog.-fist. d. terr. d. prov. Venete*; un vol. in 8°. Padoue, 1844.) Après la découverte de l'iode (1813), on a douté quelque temps de sa présence dans les eaux de la mer : Davy, le docteur Fyfe, M. Gauthier de Claubry, l'y ont d'abord cherché vainement; mais il y a été trouvé par Psaff et par d'autres chimistes. M. Balard particulièrement l'a rencontré en opérant sur les eaux mères de plusieurs salines de la Méditerranée. Il nous paraît, d'après cela, bien difficile qu'on puisse refuser à l'eau marine l'élément dont il s'agit.

« L'iode, dans les eaux minérales, se trouvant combiné à l'état d'iodure et n'y existant d'ailleurs qu'en très petite proportion on a employé différents moyens pour parvenir à démontrer sa présence. — Cantu traitait le résidu de l'évaporation de l'eau minérale par l'alcool qui dissolvait l'iodure avec les chlorures; puis il évaporait à siccité et dissolvait, dans une faible solution d'amidon, le produit obtenu de la solution alcoolique. Il y faisait passer alors un peu de chlore qui déterminait la coloration de l'amidon en bleu.—M. Leibig a démontré la présence de l'iode dans les eaux mères des salines de Darmstadt, au moyen de l'amidon et de l'eau régale étendue de 60 fois son poids d'eau. — D'après Balard, le moyen le plus sensible pour reconnaître des traces d'iode, consiste à employer en même temps l'acide sulfurique et la solution de chlore avec l'amidon.— L'acide sulfurique et le chlore employés simultanément forment, d'après M. Casaseca, un réactif presque trois fois aussi sensible que l'acide sulfurique seul. Nous avons employé pour décéler des traces d'iodure dans les résidus d'eau minérale, dissous ou étendu par une faible solution d'amidon, l'action de la pile voltaïque; en plongeant les deux fils conducteurs dans le liquide, on voit bientôt apparaître une couleur bleue autour du pôle positif. — M. O. Henry reconnaît la présence de l'iode en

employant une solution un peu concentrée de chlorure de palladium, qu'il fait agir, soit directement dans une eau iodurée, soit sur le produit de sa concentration ou de sa distillation. S'il se trouve une quantité un peu notable d'iodure dans le liquide essayé, il se forme un précipité noirâtre (iodure de palladium); s'il n'en existe que des traces, le mélange prend une apparence un peu louche, et après 24 heures de repos, on aperçoit sur les parois du vase une poudre légère qu'il est facile de réunir, et qui présente les caractères chimiques des iodures. — M. Bonjean de Chambéry, en employant l'acide azotique, dont on faisait déjà usage, mais qu'on regardait comme un réactif moins sensible que l'acide sulfurique ou le chlore, est parvenu à reconnaître directement l'iode dans les eaux minérales, quelque faible que soit sa proportion, et en opérant même sur 15 ou 30 grammes d'eau minérale prise à sa source et sans être concentrée. Ce moyen est tellement sensible, suivant cet habile chimiste, qu'on peut reconnaître en employant 5 centig. (1 grain) d'iodure de potassium dissous dans 4 millions de fois son poids d'eau, c'est-à-dire, dans 200 kilog. ou deux hectolitres. Voici comment il faut procéder : — on verse l'eau minérale qu'on veut essayer dans une capsule de porcelaine et l'on y ajoute un peu de solution d'amidon, puis l'on verse de l'acide azotique goutte à goutte dans ce mélange, jusqu'à ce qu'il se manifeste au fond de la capsule une couleur violette, lilas ou rose, selon que l'eau est plus ou moins riche en iodure. On agite ensuite avec un tube de verre, et, si la couleur obtenue d'abord par l'action de l'acide vient à s'affaiblir ou à disparaître par l'agitation, on ajoute une nouvelle quantité de cet acide, toujours goutte par goutte, en agitant continuellement, et l'on s'arrête quand on a obtenu le maximum de coloration possible. On reconnaît facilement que ce but est atteint quand l'intensité de la couleur produite n'augmente plus par l'addition des dernières gouttes d'acide. Un trop grand excès d'acide fait disparaître entièrement la couleur. » (*Dupasquier, Chimie, tom.* I, *page* 653. 1844).

Le brôme et l'iode au reste n'existent qu'à une faible proportion dans l'eau marine. Un litre d'eau puisée dans le canal de la Manche n'a fourni à Schweiter que 29 millig. de brômure de magnésium. Suivant d'Aubenq, cette quantité varie avec les différentes mers : l'eau de la baie de Naples lui en a offert un quart de moins que celle puisée près des côtes de Marseille; celle recueillie sous la ligne en a présenté une quantité très supérieure à celle des deux précédentes. L'eau de la mer Morte, ou lac Asphaltique, en contient une proportion très notable d'après Gmelin, certaines eaux salines d'Allemagne en contiennent des quantités considérables; 50 kilog. de l'eau mère des salines de Theadorshalle, près Kreutznach ont fourni à M. Liébig 66 grammes de brôme; on en fait un objet de commerce, ainsi que de celui qu'on trouve dans les eaux de l'île de Wangerade, près de Brême. On le trouve en abondance dans les salines de Bex en Suisse, dans celles de Lons-le-Saulnier et dans les sources salées de Salins (Jura), etc. Le brôme existe aussi avec le chlore et l'iode, dans beaucoup d'animaux marins ou de leurs produits; dans la plupart des mollusques, et en particulier dans le *ianthina violacea* de Ste-Hélène, dans les polypiers, les éponges, où M. Hermstad l'a trouvé à l'état de brômure de calcium. M. Dupasquier a reconnu sa présence dans la coraline de Corse et dans le corail rouge ordinaire. Les végétaux marins, tels que les algues, les fucus, etc., en contiennent généralement; aussi peut-on en extraire de la soude de varechs en même temps que l'iode.

Pour ce qui est enfin de l'hydrochlorate de soude, plusieurs questions se présentent. Un premier fait important à considérer c'est la quantité énorme de ce sel que l'eau marine renferme. On l'évalue à 2 1/2 p. 100, en poids; de sorte que 500 litres d'eau de mer (quantité approximative pour former un bain ordinaire à domicile) contiennent rien moins que 13 kilog. (26 livres) de chlorure de sodium, sans compter d'ailleurs les autres sels dont nous venons de parler. Jugez par là de la différence de valeur entre ces bains et les bains artificiels dans lesquels on fait entrer un ou deux kilog. de sel marin. D'après quelques auteurs, la proportion de sel dans l'eau de mer serait bien au dessus de celle que nous venons d'indiquer conformément à l'analyse de Marcet. On l'évalue à 3, 4 et même 5 p. 100. D'après les observations d'Ingenhouz l'eau de la mer du Nord contiendrait 1/64 de sel; celle de l'Allemagne 1/32; celle d'Espagne 1/16; celle de l'Océan équatorial 1/12. On a attribué à l'évaporation la plus grande richesse de sel dans l'eau de la Zone torride. Il est même des personnes qui prétendent que dans certaines localités de la Méditerranée l'eau en serait saturée, ce qui est certainement inexact, car en ce cas cette eau contiendrait plus du quart de son poids en sel. L'on sait en effet que l'eau saturée de sel marin contient 0, 27 de ce dernier corps, et même davantage si l'on porte le liquide à une basse température. On avait également soutenu que l'eau de la Méditerranée était plus salée que celle de l'Océan; cette assertion cependant vient d'être contestée par le professeur Catullo (Ouv. c.). Tout ce qu'on peut conclure des différents résultats de l'analyse chimique, c'est que la salure de la mer est variable selon une foule de conditions locales. On comprend en effet que les rivières, les sources d'eau sous-marines, le degré d'évaporation selon la latitude, les courants, etc., doivent y apporter des modifications sous le rapport en question dans certaines localités; mais tout cela importe peu au point de vue médical, par la raison que les différences ne sont jamais très considérables. Rappelons seulement en terminant, que l'eau salée envahit près des deux tiers de la surface du globe, ce qui donne déjà la raison des variabilités dont nous venons de parler. On s'est demandé quelle pouvait être la source du sel marin. Cette question nous occupera dans le prochain article.

DOCUMENTS HYDROLOGIQUES.

—

Inconvénients des bains trop chauds. — Nous avons plus d'une fois appelé l'attention sur les inconvénients et les dangers des bains trop chauds, eu égard à l'action stimulante du calorique si nuisible dans les maladies à fond d'excitation; nous avons distingué cependant cette action instantanée du bain de celle des principes minéraux qui se trouvent dans le liquide et qui est toujours consécutive à celle-là, car elle est sous la dépendance de l'absorption. C'est cette double action que les hydrologues n'avaient pas comprise; aussi s'étaient-ils bornés à défendre les bains thermaux dans les maladies inflammatoires, sans réfléchir qu'en laissant refroidir l'eau ou en la mêlant avec une eau minérale froide on pourrait faire profiter ces mêmes malades de l'action hyposthénisante des principes minéralisateurs, sans s'exposer à l'inconvénient de la thermalité excessive. Nous pouvons, par conséquent, réduire à leur véritable valeur les observations suivantes qu'un médecin distingué a consignées dans un ouvrage récent sur les eaux d'Allemagne. « Je puis maintenant, dit-il, faire quelques observations de prudence sur le danger des bains et des douches des sources minérales en général; c'est là un sujet qu'ont à peine effleuré les auteurs qui ont écrit dans les établissements mêmes. Je ne saurais trop souvent et trop vivement recommander aux malades d'éviter les bains thermaux, s'ils sont placés sous l'influence d'une inflammation locale chronique d'un des organes du corps, quelque légère qu'elle soit, telle que celle qui se trahit par la blancheur de la langue, la sécheresse de la peau, l'accélération du pouls, une sensation de soif éprouvée vers le soir, et le peu d'abondance des urines. Dans cet état, il est presque certain que l'usage interne ou externe des eaux minérales excitantes communiquera à l'inflammation chronique un caractère sous-aigu ou même aigu, et produira une irritation constitutionnelle à un degré correspondant. J'ai observé plusieurs cas de ce genre tant en Angleterre qu'à l'étranger. Avant de faire usage des eaux, il faut s'assurer qu'on ne se trouve pas placé dans des conditions semblables et employer les moyens propres à faire disparaître toutes les traces de l'inflammation. Mais, lors même qu'il n'existerait aucun symptôme inflammatoire, la plethore générale ou la plénitude des vaisseaux rendrait les bains thermaux très hasardeux. Il faut les éviter dans toutes ou presque toutes les affections internes, particulièrement dans les maladies du cœur, du cerveau ou des poumons. Le mouvement de la circulation, appelé à la surface par les bains chauds, éprouvera plus tard une réaction dont peut souffrir l'organe débilité. De plus, les bains thermaux, et surtout les bains chauds ordinaires, provoquent dans le cœur et les gros vaisseaux une excitation momentanée, de sorte que le sang se porte avec force au cerveau et peut y causer une congestion. Mais quels sont les symptômes qui avertissent le malade? A quels phénomènes peut-il juger que le danger approche? Le médecin des eaux n'est pas toujours présent à ses immersions; il est souvent trop occupé pour y assister. Toutes les fois que l'on éprouve des vertiges, un assoupissement, des frissons, des absences d'esprit, de la lassitude, des maux de tête, des douleurs dans les membres, des tintements d'oreilles, des éblouissements, une perte d'appétit, une oppression après le repas, des mouvements de fièvre, de la langueur, un affaiblissement de l'intelligence, des insomnies aux heures où l'on avait coutume de dormir, du malaise, en un mot, un sentiment douloureux quel qu'il soit; si ces symptômes se manifestent pour la première fois quelque temps après que l'on a commencé à boire et particulièrement à se baigner, et qu'ils persistent durant deux ou trois jours, on devra suspendre l'usage des eaux jusqu'à ce que l'on ait consulté l'homme de l'art. Je sais bien que les médecins des eaux diront : Ce sont là des symptômes critiques ou même favorables qui démontrent l'efficacité des eaux; pour moi, je répète aux malades : Prenez garde, vous êtes sur le bord d'un précipice. » (*Spas of Germany*, by Dr J. Johson, t. 1, p. 161, Galignani's édition.)

Thermalisation et minéralisation. — Il y a sinon identité au moins analogie d'action entre les causes qui engendrent les eaux minéro-thermales et celles qui produisent les éruptions volcaniques et les tremblements de terre, puisque les trois phénomènes se montrent souvent ensemble. On voit naître des sources minérales avec des éruptions volcaniques ou des tremblements de terre; on en voit d'autres disparaître ou être singulièrement modifiées par les mêmes circonstances. Les gaz minéralisateurs des eaux thermales se rencontrent aussi au nombre des matières vomies par les volcans ; le soufre et le sel marin se présentent dans les unes comme dans les autres. Du pétrole est vomi de ces souterrains volcaniques; du naphte est aussi lancé dans les torrents gazeux de beaucoup de sources. Une des sources de Carlsbad, en Bohême, a perdu subitement, il y a vingt ans, sa thermalité, à l'occasion d'un tremblement de terre; une autre, à Bagnères, est devenue thermale, de froide qu'elle était, par une cause pareille. Mêmes phénomènes ont été observés aux sources de Tœplitz et à celles de Pisciarelli. On sait d'ailleurs les changements momentanés ou durables qu'éprouvèrent beaucoup de sources des Pyrénées, d'Aix en Savoie et d'autres régions, lors du fameux tremblement de Lisbonne (1755). Trois puits d'eau douce excellente, placés dans les cours du château Alfieri, en Piémont, devinrent instantanément sulfureux et salés à l'époque de ce tremblement et ont continué dans le même état jusqu'en 1808, époque où un autre tremblement de terre dépouilla cette eau des principes minéralisateurs, et elle est aujourd'hui supportable pour les usages de la cuisine. En remontant de ces phénomènes à la cause de leur production, les physiciens ne trouvent, d'après les connaissances actuelles, que le calorique central.

Bains chez les anciens. — Parmi les autres raisons qui rendaient si grand l'usage des bains chez les anciens Romains, c'est qu'ils ne portaient pas de chemise, et leurs tuniques en laine déteignaient aisément par l'action de la sueur. Ce n'est que vers la chute de l'empire que l'usage de la chemise a été introduit et qu'on commença à user moins des bains publics.

Eaux sulfureuses. Dermatoses. — «Tous les médecins considèrent les eaux sulfureuses comme souveraines dans les *dermatoses* ; cependant l'observation clinique a fait reconnaître que les sources les plus vantées contre ce genre d'affections, telles que celles de Barèges, de Bagnères-de-Luchon, ne réussissent qu'autant que ces maladies sont anciennes, dépourvues d'inflammation et qu'elles attaquent des individus lymphatiques. Mais lorsque les lésions cutanées sont récentes, coïncident avec un tempérament nerveux, les eaux sulfureuses faibles de Saint-Sauveur sont bien préférables.» (Rap. sur les eaux min. Ac. de méd. 1841.)

Nouvelle source volcanique. — Les journaux italiens rapportent que la Solfatare, volcan éteint placé à Pouzole, dans un des faubourgs de la ville de Naples, et qui depuis plusieurs siècles ne laissait échapper que de la fumée, vomit depuis quelque temps de l'eau bouillante; nouvelle preuve de la communauté d'action des causes de ces phénomènes.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

—

Considérations sur l'emploi thérapeutique de l'iodure de potassium, *puisées à la clinique de M. Lisfranc; par M. P. Laroche, interne à l'hôpital de la Pitié.*

L'iode pur, ou en teinture, irrite promptement le tube intestinal; lorsqu'on l'administre sans ménagement, il détermine aisément des accidents toxiques. S'il est supporté dans le principe, on ne peut le continuer longtemps sans voir les malades maigrir, éprouver dans la bouche un sentiment de sécheresse, un goût métallique désagréable; le pouls s'accélère, devient petit; le facies est empreint de souffrance; enfin un grand abattement se manifeste. Si la dose est très forte, il survient des vomissements de matières jaunâtres, et, dans ces circonstances, la mort peut arriver promptement. L'autopsie fait voir la muqueuse intestinale ramollie dans toute son étendue; sur quelques points, des ulcérations profondes, bordées d'une auréole blanchâtre (Orfila); d'autres fois, et c'est M. Devergie qui l'a remarqué, la tunique interne est soulevée par un état emphysémateux du tissu cellulaire sous-jacent. De ce rapide exposé, il résulte: 1° que l'iode mal administré peut amener des accidents graves. Ce métal n'a pas été employé dans des cas tout à fait identiques; de là, des revers qui ont amené le blâme qu'on lui a déversé; 2° que l'iode pur est un médicament difficile à manier, et, pris à l'intérieur, il ne peut être longtemps continué sans entraîner des accidents sérieux.

L'iodure de potassium possède toutes les propriétés médicales de l'iode pur et en a de moins les inconvénients; c'est ce que nous espérons pouvoir démontrer dans le cours de ce travail: nous savons parfaitement qu'à très haute dose, il est un poison violent; mais lorsqu'on l'administre par petites quantités, il est non seulement inoffensif, mais encore un des agents les plus précieux de la thérapeutique. Tout ce qui a trait à son application dans les affections scrofuleuses a, depuis longtemps été traité par de savants observateurs: je veux parler de MM. Coindet et Lugol; pour les maladies tuberculeuses de la peau, Biett en a tiré tout le parti possible. Dans ces derniers temps, MM. Puche et Ricard l'ont employé avec un héroïque succès contre les vieilles syphilis, en particulier, pour combattre les accidents tertiaires de cette affection. Aujourd'hui, M. Lisfranc obtient, avec ce précieux médicament, de véritables prodiges dans plusieurs affections chirurgicales, telles que les tumeurs blanches, les nécroses, les ulcères des jambes, les engorgements du sein et du testicule, la syphilis chronique et quelques maladies de la peau. Il me suffira, pour établir l'importance de mon sujet et les services que cet agent thérapeutique peut rendre à l'humanité, de dire qu'il y a maintenant dans nos salles, à l'hôpital de la Pitié, sept malades qui avaient été condamnés, par d'habiles praticiens, à subir l'amputation, soit de la jambe, soit de la cuisse, et qui sont ou guéris ou dans un tel état d'amélioration, que leur complète guérison, sans mutilation, doit être regardée comme certaine, grâce à l'iodure de potassium.

Il est d'ailleurs une classe de malades, malheureuse catégorie, bien digne de la sollicitude du médecin, et chez lesquels l'iodure de potassium apporte de grands soulagements: ce sont *les cancers* incurables de certains organes. Quand nous en arriverons à ce chapitre, nous citerons des cas de cancer de l'utérus et du sein, déjà très étendus, et dont les progrès ont été arrêtés subitement par l'emploi de l'iodure de potassium. Chez ces malades, il existait de violentes douleurs et qui se sont apaisées pour ne plus reparaître, ou pour ne revenir qu'à de très longs intervalles.

§ I. Mode d'administration. — Quand on soumet un sujet au traitement par l'iodure de potassium, il est indispensable de sonder, si je puis m'exprimer ainsi, sa capacité pour ce médicament; car tel individu pourrra d'emblée en supporter quatre grammes par jour, tandis que tel autre sera incommodé par un ou deux décigrammes. M. Lisfranc rapporte à ce sujet que, voulant traiter par ce médicament une dame forte, sanguine, et qui portait un engorgement de l'utérus, il lui en prescrivit deux décigrammes qu'elle devait prendre en deux doses, une le matin à jeun, et l'autre le soir quatre heures après le dernier repas; et que, malgré cette faible quantité, il y eut, après l'administration de la dernière fraction, de véritables accidents toxiques. Dans un autre cas, et pour les mêmes motifs, M. Lisfranc ne prescrivit qu'un décigramme de cette substance, également en deux doses, devant être prises aux mêmes heures et comme chez la malade précédente; il y eut intoxication. On voit donc combien il est urgent de tâtonner au début, d'agir avec prudence, si l'on veut se mettre en garde contre des événements fâcheux. Aujourd'hui, M. Lisfranc administre l'iodure de potassium seul: autrefois, à la quantité d'iodure qu'il faisait prendre, il ajoutait cinq à dix centigrammes d'iode pur; mais il a remarqué que les irritations intestinales fréquentes, auxquelles étaient sujets les malades soumis à cette médication, devaient être rapportées à cette addition; que, de plus, le médicament, ainsi formulé, ne présentait pas d'avantages réels sur l'iodure de potassium seul; aussi, l'a-t-il complétement supprimé, et, depuis lors, il peut, sans inconvénient, continuer longtemps ce traitement, sans que l'économie en paraisse fatiguée.

L'observation des phénomènes qui accompagnent son administration sont, pour le succès, de la plus haute importance; aussi, allons-nous entrer dans quelques détails. La formule adoptée par M. Lisfranc, est la suivante:

P. Eau de tilleul. . . . . 150 gm. (5 onces).
Sirop d'écorces d'oranges amères. 30 gm. (1 once).
Iodure de potassium. . . . . 1 gm. (20 grains).

On en fait prendre, matin et soir une cuillerée à bouche dans un verre d'eau sucrée, de décoction de saponnaire ou d'infusion de houblon (le matin avant

le déjeûner, et le soir quatre heures après le dernier repas). Cette quantité est consommée en huit jours environ; on la fait préparer de nouveau en augmentant de cinq décigrammes (10 grains) l'iodure de potassium; la troisième fois, on en prescrit deux grammes, et ainsi de suite tous les huit jours. L'iodure de potassium est augmenté dans cette proportion; on peut arriver ainsi à dix, douze, quinze et même vingt grammes dans la même quantité de véhicule : M. Lisfranc ne dépasse que très rarement ces limites. On voit donc qu'en débutant, le malade ne prend que quinze centigrammes environ (3 grains) d'iodure par jour; et que, dans tous les cas, si ce médicament peut, à cette dose, occasionner quelques accidents, ainsi que nous l'avons dit, ils seront légers et indiqueront, d'une manière certaine, la susceptibilité du sujet; mais, le plus ordinairement, il n'arrive rien, et la préparation est parfaitement tolérée; alors le malade la prend régulièrement jusqu'au moment où il survient une contre-indication.

§ II. Effets sur l'économie.— Sous l'influence de l'iodure de potassium, la santé générale s'améliore ordinairement; cet excellent résultat est surtout manifeste chez les sujets lymphatiques qui portent depuis longtemps des nécroses accompagnées de fistules d'une abondante suppuration, ou qui sont plongés dans le marasme par suite d'une tumeur blanche avancée. Il n'est pas rare de voir ces sortes de sujets, après le premier septenaire de traitement, sortir déjà de leur abattement, leur peau pâle et décolorée revenir à son type primitif, leur figure être moins cadavéreuse, l'existence enfin reparaître dans le jeu de la physionomie. Un fait remarquable appuiera cette proposition : —un homme, âgé de 48 ans, exerçant la profession de serrurier, couché au n° 3 de la salle Saint-Antoine, reçut, il y a un an, un coup sur la partie inférieure de la cuisse; un abcès survint; il fut ouvert; une nécrose s'est déclarée au tiers inférieur du fémur qui s'est dénudé dans presque toute sa circonférence; cinq ou six trajets fistuleux existent sur le même point, ils donnent passage à un quart de litre de pus environ, par vingt-quatre heures. Dans un des hôpitaux de Paris, on proposa à cet homme l'amputation de la cuisse; n'ayant voulu s'y soumettre, il revint chez lui; quelques jours plus tard, il demanda son admission à l'hospice de la Pitié. A son entrée, outre la lésion locale que nous venons de faire connaître, cet homme présente un état de marasme et de maigreur difficile à décrire; l'amputation de la cuisse fût-elle impérieusement commandée, il n'était pas possible de la pratiquer actuellement, le délabrement organique où cet homme est arrivé s'y opposant; il vomit tous les aliments, les potages même les plus légers; quelques cuillerées de bouillon seulement peuvent être supportées. On lui administre une faible dose d'iodure de potassium; il commence à prendre un peu de nourriture substantielle qui passe très bien; l'assimilation se fait, et, sous peu, il pourra supporter l'amputation de la cuisse, si M. Lisfranc est obligé d'en venir à cette extrémité. Ainsi, il est bien évident pour nous, et l'observation en est journalière, qu'en général les malades engraissent sous l'influence de l'iodure de potassium.

Si l'iodure de potassium possède d'immenses avantages, il n'est cependant pas sans entraîner quelques inconvénients bien minimes, à la vérité, en raison des services importants qu'il rend journellement. Parmi ces inconvénients, il en est un bien plus sensible aux yeux du monde qu'à ceux des pauvres malades des hôpitaux, accoutumés, pour la plupart, à une existence pénible et souvent très misérable : je veux parler de l'amertume que le médicament présente. Les femmes, surtout, y sont extrêmement sensibles: c'est le matin, au réveil, que la muqueuse buccale est sèche et donne, pendant quelque temps, une saveur astringente métallique, très désagréable. Ordinairement, cette saveur cède aux soins de propreté; le brossage des dents, les gargarismes d'eau fraîche, la font disparaître. Si elle persiste, un bon moyen consiste à faire mettre une cuillerée ordinaire d'alcolat de cochléahria dans un demi-verre d'eau simple, faire frictionner les dents et gargariser la bouche avec ce liquide. Un autre offre un caractère sérieux; il consiste dans une éruption cutanée, que le remède détermine quelquefois; mais cela s'observe moins fréquemment avec l'hydriodate de potasse, qu'avec l'iode pur. Lorsqu'elles se manifestent, ces éruptions inquiètent les malades; elles sont ordinairement de l'ordre des exanthèmes aigus (érythème urticaire). Si l'action du médicament est continuée, elles prennent le caractère de l'*exéma* et du *prurigo*. Dans quelques cas, surtout lorsque l'éruption se déclare à la face, s'y ajoute une sorte d'engorgement du tissu cellulaire sous-cutané, formant des saillies, qui simulent l'apparence des tubercules. Il ne faut nullement s'inquiéter de ces phénomènes; si la maladie principale est grave, on doit continuer le traitement; dans le cas contraire, il convient de le cesser pour le moment, et, après quelques jours de repos, tout rentre dans l'ordre, et rien ne reparaît après la reprise de l'iodure de potassium. Ce qu'il y a de remarquable et de particulier, c'est que ces maladies de la peau ne laissent après elles aucune trace de leur existence. Un auteur étranger, M. Wallace, signale encore une salivation analogue au ptyalisme mercuriel, comme effet du médicament, et, en outre, l'apparition de pleurésies aiguës. Nous devons dire cependant, que sur plusieurs centaines de cas que nous avons observés dans le service de M. Lisfranc, jamais rien de pareil ne s'est présenté. On sait d'ailleurs que Bréra guérissait, au contraire, par l'iode ou par l'iodure de potassium, la salivation produite par les préparations mercurielles. On a aussi cru voir, par l'usage de l'iodure de potassium, le flux menstruel augmenter; mais cet effet paraît appartenir plus spécialement à l'iode pur, ce qui l'a fait employer avec succès dans l'aménorrhée.

Examinons maintenant ses avantages. Après nous être expliqué, touchant son influence sur la santé

générale, nous allons donc entrer dans des particularités. On ne remarquera pas sans étonnement que ce médicament, administré dans la syphilis chronique, dans les nécroses et exostoses syphilitiques, maladies dans lesquelles il opère des prodiges, son action se produit, malgré l'irrégularité du régime, malgré l'abus des alcooliques, si nuisibles dans les traitements ordinaires. Les douleurs ostéocopes cèdent promptement, et nous pouvons dire merveilleusement, sous l'influence de l'iodure de potassium; dans la majorité des cas, elles disparaissent en deux ou trois jours pour ne plus revenir. Un fait des plus curieux appuiera suffisamment cette proposition. Nous avons actuellement, salle Saint-Antoine, n° 14, un vieux Polonais qui est arrivé avec une vérole constitutionnelle des plus intenses; il était affecté de nécrose de presque tous les os volumineux de l'humérus, du radius, du cubitus, du fémur, du tibia, du péroné; ulcérations de la voûte palatine et de l'arrière-gorge, douleurs ostéocopes épouvantables. Ce malheureux ne pouvait dormir; toute la nuit, il la passait à se plaindre et crier: dans le jour, c'était avec beaucoup de peine qu'on pouvait lui faire exécuter quelques mouvements nécessaires à ses pansements; on lui administre la potion iodurée; le troisième jour, plus de douleurs nocturnes. Aujourd'hui, ce malade est dans un état très satisfaisant; mais il n'y a pas moins de deux ans qu'il est en traitement.

Tout le monde connaît la tendance qu'ont les accidents syphilitiques tertiaires de se localiser quelquefois sur le rectum et d'y produire tous les symptômes propres au cancer; ceci est tellement vrai pour M. Lisfranc qui a tant étudié ce genre de malades, et qui, par cela même, en reçoit un très grand nombre dans son service, débute constamment par le traitement antisyphilitique, quelle que soit l'évidence du cancer. Ce traitement a pour base l'iodure de potassium, aisé, bien entendu, de tous les auxiliaires que réclament les circonstances (compression, etc.). Huit fois sur dix, M. Lisfranc guérit ainsi ces prétendus cancers. Ma première observation en fournit un exemple des plus intéressants; on voit que, chez l'homme qui en fait le sujet, rien ne manquait pour diagnostiquer un cancer. Ce prétendu cancer était d'ailleurs trop élevé pour songer à son ablation, puisque le doigt indicateur n'atteignait pas la limite supérieure. Aujourd'hui, ce malade est guéri.

1er *Fait*. **Maladie du rectum simulant un cancer.** — Le nommé Petit Louis Honoré né à Plagny (Oise) est entré, salle Saint-Louis, n° 25, le 1er octobre 1842; il nous apprit, que deux ans auparavant, il avait eu un abcès à la marge de l'anus, qui s'ouvrit seul; on y avait employé quelques émollients, et le foyer ne s'étant pas cicatrisé, il en résulta une fistule à laquelle le malade ne fit pas attention. Il continua à exercer son état de menuisier; deux mois après, il en survint un second, qui, comme le premier, s'ouvrit spontanément; même négligence; autour des deux ouvertures restées fistuleuses, il survenait un bouton volumineux, blanchissant au bout de quelques jours et laissant échapper quelques gouttes de pus. Un an s'écoula ainsi, et cet homme, atteint d'une fièvre intermittente qui résista dans son pays, vint à Paris et entra à l'hôpital de la Pitié, dans un service de médecine. Pendant six mois il fut traité convenablement et ce n'est qu'après ce laps de temps, que le sulfate de quinine le débarrassa de sa fièvre. Durant ce traitement, les boutons avaient continué à paraître, ses fistules persistaient, de violentes douleurs s'étaient manifestées; il vint demander conseil à M. Lisfranc: voici son état lors de son entrée dans notre service.

Il est pâle, teint jaunâtre, plombé; il est fort amaigri, éprouve un engourdissement dans tout le bassin, douleurs lancinantes qui ressemblent, dit-il, à de longues aiguilles enfoncées dans l'anus: défécation pénible, difficile, très douloureuse; il s'échappe par la partie inférieure du rectum un pus ichoreux, d'une repoussante fétidité; par le toucher, on s'assure que l'intestin a diminué de capacité, qu'il est rempli de nodosités et de masses fongueuses, qui laissent échapper une grande quantité de sang, toutes les fois qu'on y pratique le toucher. La maladie s'étend très haut; ses limites sont hors la portée du doigt indicateur. Quand il marche, il sent, dit-il, une pesanteur sur le périnée, et, toujours d'après ses propres expressions, il lui semble que son anus va se détacher.

Interrogé s'il avait contracté la vérole, il dit avoir eu à 27 ans une chaudepisse, mais jamais de chancres ni bubons, son écoulement avait duré huit mois, et ne s'était jamais renouvelé. L'étendue du mal exclut toute idée d'opération; d'autre part, M. Lisfranc n'étant pas rassuré complètement sur la véracité du commémoratif, il a d'après son habitude, dans tous les cas de ce genre, soumis le malade à un traitement antisyphilitique à l'aide de l'iodure de potassium. On lui en a donc prescrit deux grammes par jour; on fait en même temps sur le pourtour de l'anus, une friction avec de la pommade d'iodure de plomb. Alimentation légère, repos absolu. Deux mois se passent, et déjà les douleurs qui empêchaient ce malade de dormir ont à peu près disparu; les fistules des anciens abcès se cicatrisent; on porte à trois grammes la dose du médicament. Après quatre mois de traitement, un nouvel abcès se manifeste, il est ouvert; son ouverture reste fistuleuse, mais déjà il n'y a plus de douleurs, les matières stercorales traversent l'intestin sans produire de douleur, le doigt, porté dans l'intestin, le traverse librement, une notable amélioration est positivement constatée. Aux moyens précédemment indiqués, on ajoute la compression, à l'aide d'une forte mèche enduite de cérat et portée dans le rectum, six grammes d'iodure de potassium par jour. Le 8 juin 1843, ce malade est presque complètement guéri, la face interne de l'intestin a repris sa souplesse et son velouté habituels, une petite fistule persiste encore, mais elle ne donne pas un gramme de suppuration par 24 heures; les indurations et les végétations internes ont complètement disparu.

L'an dernier, un malade, qui s'était trouvé tout à fait dans le même cas, qui avait présenté les mêmes phénomènes es guéri pareillement par les mêmes moyens. Ayant succombé plus tard à une pneumonie, l'autopsie nous montra un intestin complètement réparé, la muqueuse; seulement laissait appercevoir quelques traces de cicatrice.

Ce que je viens d'avancer est important, car il eût pu arriver que, ne voyant qu'un cancer trop étendu pour recevoir les secours de la chirurgie, on l'aurait peut-être abandonné à lui-même, et le malade n'aurai pas tardé à succomber. Le nombre considérable det malades qui se présentent dans ces conditions donne au fait précédent la plus grande valeur.

Il est un genre de maladies qui, naguère, réclamaient généralement l'amputation : je veux parler de la nécrose des membres, affection très fréquente, surtout chez les jeunes sujets à constitution lymphatique et scrofuleuse, qui encombrent nos grandes cités. Grâce aux progrès récents de la thérapeutique, l'amputation n'est plus, dans ces cas, qu'une rare exception, et je crois me placer au-dessous de la vérité, en disant que, dix fois sur douze, l'iodure de potassium fait prompte justice de cette grave maladie Voici quelques faits qui justifient les assertions précédentes et que je choisis au milieu d'un grand nombre de ce genre que je possède.

2e *Fait.* **Nécrose du fémur.** *Amputation refusée. Guérison sans opération.*— Autré, Hyppolite, 18 ans, né à Paris, fit une chute le 1er octobre 1841, il en résulta une arthrite aiguë au genou; le traitement de cette maladie, ayant été mal dirigé, elle passa promptement à l'état chronique. Le tiers interne et inférieur de la cuisse devint dur, et augmenta beaucoup de volume; le malade s'adresse aux sœurs Saint-Thomas, qui lui établissent un cautère sur ce point. Durant six mois, il est traité par les sœurs de cet établissement, il n'éprouve aucune amélioration, l'ulcération est profonde, l'articulation du genou a perdu ses mouvements, et la jambe est fléchie sur la cuisse. Admis dans un service de chirurgie des hôpitaux, il a été convenablement traité. Le mal s'est amendé beaucoup, trois esquilles étaient sorties, mais, ensuite, une nouvelle recrudescence détermina des accidents tels que l'amputation a été proposée: les parents du malade s'y sont opposés.

Entré à la Pitié, le 13 août 1842, salle Saint-Louis n° 7, il présente l'état suivant: le tiers inférieur de la cuisse a triplé de volume, et ne forme plus qu'une masse dans laquelle les saillies musculaires ne sont plus appréciables; une tumeur formée par le fémur hypertrophié occupe la même étendue: l'articulation du genou est libre et ne présente pas d'altération ; la jambe cependant est toujours fléchie sur la cuisse: la fistule par laquelle on s'assure que l'os est dénudé livre une très grande quantité de sérosité roussâtre; douleurs lancinantes excessivement vives, la cuisse, la jambe, et même le pied ne peuvent se mouvoir sans déterminer des souffrances atroces. Le malade est très maigre, sa santé générale en est fort délabrée. Durant le premier mois, on pratique, dans la fistule, des injections chlorurées: on recouvre le mal d'un cataplasme émollient, on commence alors le traitement par l'iodure de potassium (deux grammes, dans cent quatre-vingts grammes d'eau de tilleul, à prendre par cuillérées à bouche, matin et soir, dans un verre d'infusion de houblon), pas d'accidents du côté des voies digestives, la santé générale s'améliore, le médicament est bien toléré ; tous les quinze jours, la quantité de l'iodure de potassium est augmentée de cinq décigrammes, et au mois de janvier 1843, ce jeune homme en prend quatre grammes par jour. L'engagement des parties molles diminue d'abord, mais la tumeur osseuse est toujours la même: de temps à autre, (tous les mois environ) on fait une application de sangsues en petit nombre: on fait encore une friction avec la pommade d'iodure de plomb. Au mois de février 1843, une esquille est expulsée, un mois après, une seconde, enfin une troisième, une quatrième; cette dernière est large et cylindrique, et paraît être la table externe du fémur. Depuis le mois d'avril, le fémur diminue de volume; le 9 juin 1843, la fistule est cicatrisée, la jambe parfaitement étendue, et l'os de la cuisse présente son volume normal guéri.

3e *Fait.* **Nécrose grave du tibia.** *Amputation refusée. Guérison sans opération.* — Landry Oscar, né à Clermont, Puy-de-Dôme, entré le 4 novembre 1842, salle Saint-Louis n° 13, âgé de 17 ans, vit paraître, vers la fin d'août 1841, sur le coude-pied, une petite tumeur grosse comme un œuf de pigeon, et contenant un liquide; en même temps, la jambe gauche prit un grand accroissement, elle devint énorme, car elle avait le triple du volume; ce malade souffrait beaucoup; quelques remèdes empiriques ne firent qu'augmenter les douleurs. C'est dans cet état qu'il arriva à Paris. Indépendamment des lésions que nous venons de mentionner, il y avait sur le tiers inférieur de la jambe deux fistules conduisant au tibia. Quelques jours après, six autres trajets fistuleux se sont ouverts, par tous ces points, on constate la dénudation du tibia. Cet os est nécrosé dans un espace de cinq pouces environ. Ce jeune homme s'est rendu à Paris, parce que, visité par un homme de l'art, l'amputation de la jambe lui fut proposée, comme le seul moyen de conservation.

M. Lisfranc le soumet au traitement par l'iodure de potassium, il débute par deux grammes, dans 180 grammes d'eau distillée, cataplasme émollient sur les plaies, et plus tard pansement simple; on a successivement porté l'iodure de potassium à quatre grammes par jour, et continué ainsi jusqu'au 25 mai 1843. Le malade, à cette époque, est atteint d'une amygdalite extrêmement intense qui fait renoncer au traitement; mais d'ailleurs, il n'en est plus besoin, car le malade est complétement guéri. Dans ce cas, comme toujours, la santé générale a été améliorée à un point vraiment étonnant; les douleurs se sont arrêtées; les trajets fistuleux, après avoir laissé échapper deux ou trois esquilles, se sont cicatrisés, l'engorgement des parties molles a complétement disparu, et, aujourd'hui, ce membre est tout à fait revenu à l'état normal.

4e *Fait.* **Nécrose grave du tibia.** *Amputation refusée. Guérison sans opération.* — Milon, (Réné) âgé de 42 ans, commis voyageur, né à Nantes. Au mois de juillet 1841, il entra à l'hôpital St-Antoine pour être traité d'une pleuropneumonie; pendant son séjour dans cet hôpital il lui survint sur la crête du tibia gauche, une petite tumeur adhérente à cet os, offrant d'abord le volume d'une lentille, puis d'un haricot; le membre alors prit subitement un volume considérable. Le malade dit que ce membre était trois fois plus volumineux qu'à l'état ordinaire: cette tuméfaction était accompagnée de très violentes douleurs et la petite tumeur, s'ouvrit spontanément. Quoique les renseignements fournis par ce malade ne soient pas très exacts, on peut penser néanmoins, qu'il fut traité, par l'iodure de potassium, mais à plus haute dose que ne l'emploie M. Lisfranc; sa guérison était à peu près complète, quand il fut atteint d'un crachement de sang, qui fit cesser l'emploi de l'iodure de potassium. Sur ces entrefaites, il sortit de l'hôpital, et se croyant guéri, il se livra à ses occupations habituelles, pendant six jours il marcha beaucoup ; c'est alors qu'un vaste abcès se déclara sur le tiers supérieur de la jambe, il se fit recevoir dans un service de chirurgie et son abcès fut ouvert. La jambe acquit de nouveau le volume qu'elle avait présenté sur le point occupé par la collection purulente; la peau est décollée dans une grande étendue; le tibia, sa face interne, et sa crête sont dénudés dans l'étendue de neuf centimètres; suppuration très abondante. Vu la gravité du mal, l'amputation de la cuisse est proposée, le malade ne veut pas s'y soumettre, et vient réclamer les soins de M. Lisfranc. Il est excessivement maigre, ne dort pas, et ne peut supporter aucun aliment solide. On commence chez lui, par deux grammes d'iodure de potassium

dans 180 grammes d'eau de tilleul, cataplasme émollient sur les plaies : pendant quinze jours, le traitement ne produit que très peu d'amélioration, mais alors la santé générale se relève, les douleurs diminuent, et le malade commence à prendre des aliments. M. Lisfranc pratique deux contre-ouvertures à la partie postérieure de la jambe, dans le but d'empêcher le séjour du pus : après un mois, l'état, de ce malade s'est singulièrement amélioré, il n'y a plus de douleurs ; on commence les frictions sur le membre avec la pommade d'iodure de plomb. Au mois de mars 1843, des accidents étrangers à sa maladie font abandonner, pendant quelques temps, l'iodure de potassium, un mois de repos paraît suffisant, et dans le courant d'avril il reprend quatre grammes d'iodure de potassium par jour. Le malade marche franchement vers la guérison, et le 28 juillet 1843, il ne reste plus qu'une très petite plaie sans importance.

Quand la nécrose est étendue, que la suppuration abondante infiltre les tissus et se fait jour au loin, on en facilite l'écoulement par des contre-ouvertures appropriées. Quand les parties molles environnantes sont engorgées, on met en usage divers moyens résolutifs ; je ne les détaillerai pas ; je dirai seulement que la base du traitement est toujours l'iodure de potassium à l'intérieur. Nous avons vu, dans le service de M. Lisfranc, un très grand nombre de nécroses des phalanges, par suite de panaris, et qui semblaient réclamer impérieusement l'amputation du doigt, guérir néanmoins ; le doigt reprendre ses mouvements, après avoir été longtemps dans une complète immobilité. Les mêmes observations sont applicables à une foule de cas de tumeurs blanches que nous avons vu guérir à la clinique de M. Lisfranc. Nous nous contenterons de ne rapporter qu'un seul exemple.

5e *Fait.* — **Tumeur blanche au genou.** *Complications graves, amputation refusée, guérison sans opérations.* — En 1839, Stochey (Victor), âgé de 28 ans, cultivateur aux environs de Mulhouse, s'étant chaussé avec des bottes trop étroites il fit deux lieues à pied pour se rendre à une fête, où il dansa une nuit entière. Il fit le lendemain le même trajet pour regagner son domicile : mais il fut obligé de couper ses bottes pour les retirer, et ressentit une très vive douleur sur l'articulation tibio-tarsienne. Il continua, malgré cela, son service de garçon de ferme, et porta des sabots, ce qui augmenta ses douleurs. Au bout de sept ou huit jours, il vit une tumeur se développer sur le coude-pied, et dans l'espace de quinze jours, elle atteignit le volume du poing, et resta stationnaire : la marche devint alors tout à fait impossible, les douleurs intolérables. S'étant adressé à plusieurs charlatans de sa contrée, il n'en obtint aucun soulagement.

Deux mois après l'apparition des accidents que nous venons de signaler, il ressent dans le genou de petites douleurs et une sorte d'engourdissement qui l'empêche d'exécuter avec facilité les mouvements de l'articulation ; il y survient de la chaleur, de la douleur ; l'articulation se tuméfie, augmente de volume ; les douleurs, d'abord passagères, deviennent permanentes ; il suit, dans cet état, plusieurs traitements ; il s'adresse successivement à toutes les sommités médicales, mais son état ne s'améliore pas. Après huit mois la maladie a fait de tels progrès qu'on lui propose l'amputation de la cuisse. Ne voulant y consentir, et d'après les conseils d'un pharmacien, qu'il connaissait, il emploie ses dernières ressources à faire le voyage de Paris, et vient demander son admission dans le service de M. Lisfranc.

La tumeur blanche est très avancée, le genou augmenté du tiers de son volume ; il forme une masse dans laquelle sont complétement dissimulées toutes les parties constituantes de l'articulation, la jambe est légèrement fléchie sur la cuisse ; il existe beaucoup de douleurs, la rotule est le seul point appréciable, et elle est dans une complète immobilité. La tumeur tendineuse est dure et donne la sensation d'un corps fibreux, elle est ovale et se prolonge en haut ; on en distingue à partir des tendons du jambier antérieur et l'extenseur propre du gros orteils ; elle siége sur la face antérieure de l'articulation tibio-tarsienne et a paralysé les mouvements du pied. Sur la jambe, cette partie du membre pelvien est très amaigrie. On prescrit dans les premiers huit jours deux applications de trente sangsues chaque, cataplasmes émollients ; quinze jours après, les douleurs sont apaisées, il n'y a plus de chaleur sur l'articulation ; on lui administre deux grammes d'iodure de potassium dans la potion déjà plusieurs fois indiquée ; pendant quinze jours cette préparation est le seul médicament employé. On l'augmente graduellement, d'après les principes de M. Lisfranc.. On fait des frictions, matin et soir, avec la pommade d'iodure de plomb, tant sur l'articulation du genou que sur la tumeur tendineuse ; les douleurs ne reparaissent pas ; on ajoute bientôt la compression aux moyens ci-dessus. Après deux mois de ce traitement la résolution commence à se faire ; on fait tous les huit jours, au dessus des tumeurs, une petite application de sangsues, dans le but de réveiller la vitalité de ces tissus. Ce traitement réussit à merveille, et le malade sortira bientôt complétement guéri.

M. Lisfranc vient d'employer l'iodure de potassium pour obtenir la cicatrisation de certains ulcères des jambes, et nous pouvons affirmer, dès à présent, que les succès qu'il en a obtenus ont dépassé toutes les espérances qu'il avait pu concevoir, dans l'ulcère, dit atonique, dans les solutions de continuité par cause traumatique, chez les sujets lymphatiques, lesquelles souvent irritées, soit par la marche et le frottement des habits, soit encore par le manque de soin et de propreté, s'étendent, se couvrent de végétations, saignent avec facilité, sécrètent un pus fétide et ichoreux, tout à fait analogue à la sécrétion des ulcérations cancéreuses ; dans l'une et l'autre de ces circonstances, la cicatrisation est obtenue dans un très court espace de temps, par le traitement seul de l'iodure de potassium, à l'intérieur, et le pansement simple de la plaie.

6e *Fait.* — **Large ulcère chronique à la jambe** *Amputation refusée ; guérison sans opération.* — Guimot (Olive), âgé de 14 ans, berger, de constitution éminemment lymphatique, vit paraître, au mois d'octobre 1842, sur le point où siége actuellement l'ulcère, une tumeur du volume d'un œuf de pigeon ; elle fut ouverte et donna beaucoup de pus et de sang ; deux autres collections purulentes se formèrent dans le voisinage de la précédente ; on les ouvrit. Les trois ouvertures restèrent longtemps fistuleuses, leurs pourtours s'ulcérèrent, ils ne formèrent bientôt qu'une seule et même plaie. L'ulcère résista aux moyens thérapeutiques ordinaires, et l'enfant fut adressé à un empirique, qui le traita pendant longtemps ; la plaie fit de rapides progrès et arriva au point où elle en est au-

jourd'hui. Cet enfant est de la campagne, son intelligence peu développée ; aussi ne peut-on, par ses renseignements, connaître la nature des substances qu'on lui fit prendre, il parle d'onguents et d'un liquide qui le brûlait. Sorti des mains de cet empirique dans un état alarmant, ses parents le conduisirent chez un médecin fort estimé, qui jugea l'amputation de la cuisse nécessaire ; la famille n'y consentit pas, et le malade fut envoyé à Paris.

Cet enfant porte sur la face antérieure et interne de la jambe gauche un ulcère qui occupe le tiers supérieur de ce membre, son étendue est de douze centimètres de hauteur et de dix de largeur. L'aspect de cette plaie est des plus alarmants : les bords sont élevés et taillés à pic, sa surface est grisâtre et couverte de nodosités, qui ont quelque analogie, quant à la forme, avec les circonvolutions cérébrales, dépourvues de leurs membranes. Elle exhale une odeur repoussante; elle sécrète un pus ichoreux, sanguinolent ; tout enfin fait craindre la nécessité de pratiquer l'amputation de la cuisse. Le sujet est maigre, il ressent dans le membre pelvien de violentes douleurs. Il ne laisse panser sa plaie qu'en poussant des cris. Il est soumis à l'usage de l'iodure de potassium et aux amers à l'intérieur : on débute, chez lui, par deux grammes par jour, et la plaie est pansée simplement. Au bout de huit jours le facies de cet enfant devient meilleur ; au centre de l'ulcère on aperçoit un point, qui tend à la cicatrisation. On augmente la dose de l'iodure de potassium, et on la porte à trois grammes par jour. La santé générale continue à s'améliorer, et le point de cicatrisation devient plus large ; il s'étend du centre à la circonférence, en même temps les bords de la plaie s'affaissent et tendent aussi à se cicatriser. Après trois semaines de traitement, le petit malade a évidemment engraissé, toute la surface de la plaie est de niveau, et en même temps la cicatrisation marche cette fois de la circonférence au centre; cinq nouveaux points se sont développés et vont bientôt, par leur fusion, diminuer la plaie primitive des trois quarts. Le 6 juillet, il ne reste plus qu'une petite plaie de la largeur d'une pièce de deux francs. Le 28 juillet, cette même plaie a encore diminué, et sous peu de jours ce jeune malade sera complétement guéri, sans autre traitement que l'iodure de potassium à l'intérieur, et le pansement simple de la solution de continuité.

Si la prompte réparation de la solution de continuité est une chose remarquable, ce qui ne l'est pas moins c'est la manière dont cette cicatrisation s'organise sous l'influence de l'iodure de potassium. L'on sait que, dans toute cicatrisation récente, le tissu de nouvelle formation qui vient suppléer la peau détruite est d'abord rouge, mince, tendu, se détruisant et se déchirant avec la plus grande facilité par les moindres efforts d'une marche un peu prolongée, d'une contraction musculaire énergique ; de là des récidives excessivement fréquentes. La cicatrice, obtenue à l'aide du traitement que nous préconisons, donne d'emblée un tissu nouveau qui présente tous les caractères de solidité, et que l'on n'obtient par les moyens ordinaires qu'au bout d'un certain temps et après de minutieuses précautions. Cette cicatrice blanchit immédiatement ; elle est ferme, résistante et permet de très bonne heure aux malades de marcher et de se livrer à leurs occupations habituelles. Un malade, qui avait été traité et guéri ainsi par M. Lisfranc, fut placé comme infirmier dans son service ; pendant six mois, il s'est livré impunément aux exigences de son emploi, et, à cette époque, la guérison n'était aucunement compromise.

L'iodure de potassium est encore une ressource bien précieuse dans les cancers incurables de l'utérus et du sein, etc. Dans la première de ces maladies, l'opium apporte, il est vrai, assez souvent de grands soulagements, mais il n'arrête en rien les progrès du mal ; chez quelques sujets, son action s'émousse promptement, et il ne produit plus rien ; chez d'autres enfin, il entraîne des accidents cérébraux qui le font rejeter complétement. L'iodure de potassium fait rester longtemps le mal stationnaire, il diminue ou enlève complétement et pour un temps plus long les douleurs, et maintient la santé générale en bon état. M. Lisfranc a, dans sa pratique particulière, un grand nombre de malades qu'il soutient ainsi depuis plusieurs années. C'est en désespoir de cause qu'il avait administré ce médicament, dont les résultats sont, pour lui, constants et indubitables.

Je terminerai ce travail en rappelant que l'iodure de potassium est l'agent thérapeutique qui rend les plus grands services dans tous les engorgements, dans l'orchite chronique, les tumeurs du sein, les engorgements de la matrice, etc. On s'en convaincra en lisant les beaux chapitres qui ont trait à ces sujets, dans la *Clinique chirurgicale de l'hôpital de la Pitié*. Malgré la facilité avec laquelle les individus, même les plus débiles, supportent pendant longtemps l'ingestion de l'iodure de potassium il en est quelques uns, néanmoins, chez lesquels, au bout de plusieurs jours, on voit survenir les accidents que nous avons décrits plus haut et qui indiquent assez clairement qu'il faut cesser le traitement : il ne faut pas alors le rejeter complétement, mais bien le reprendre après huit ou dix jours de repos; ce laps de temps écoulé, s'il détermine de nouveaux accidents, on fait encore une pause, puis on recommence. On peut ainsi renouveler les tentatives trois à quatre fois et même davantage ; il est excessivement rare qu'on ne parvienne ainsi à le faire tolérer. Dans les maladies sérieuses, qui demandent pour leur curation une grande persistance, on voit survenir, pendant le traitement, quelques phénomènes dont il faut tenir compte. Un malade prend, par exemple, depuis trois mois environ, de l'iodure de potassium ; il est traité, je suppose, pour une tumeur blanche, la maladie, qui s'était améliorée dans le principe, reste stationnaire; le sujet a perdu son appétit; il dort moins bien : M. Lisfranc appelle cet état, avec juste raison, saturation iodée ; en effet, l'économie est saturée de ce médicament ; outre qu'il ne produit plus rien sur l'affection locale contre laquelle il était dirigé, il fatigue encore la santé générale. Ce serait en vain qu'on en administrerait de nouvelles doses, il ne produirait plus rien ; il faut laisser reposer le malade, l'engager à prendre quelque distraction, si toutefois sa maladie ne s'y oppose pas, lui accorder, une nourriture substantielle, des toniques, un peu de vin généreux ; si la saison est belle, l'envoyer à la cam-

pagne, lui prescrire quelques sucs de plantes amères, puis reprendre, plus tard, le traitement abandonné, dont l'efficacité sera de nouveau appréciée.

DOCUMENTS DIVERS.

Phosphore normal chez l'homme. — On trouve du phosphore en grande proportion dans le corps de l'homme, mais à l'état de combinaison inerte et par conséquent dépourvu de toute propriété dynamique. A l'état de phosphate de chaux, il forme les 4/5 de la matière inorganique des os, et l'homme en ingère incessamment sous cette forme dans la plupart des aliments, et il en rend pareillement et par les urines et par les selles. Dans les premières expériences faites en 1737 par l'Académie des sciences de Paris, on retira 125 grammes (4 onces) de phosphore pur de 19 kilog. (38 livres) d'urine humaine putréfiée. Aujourd'hui le phosphore s'obtient des os et ne se vend que 10 à 11 fr. le kil. Beaucoup de légumes et les céréales en général contiennent des phosphates. On en rencontre dans la laitance et les œufs de poissons, dans la chair de l'huître et dans d'autres corps qui servent à l'alimentation de l'homme. En 1812, Vauquelin a trouvé du phosphore dans la matière cérébrale (cerveau, cervelet et moelle allongée) et dans la substance des nerfs. M. Couerbe a démontré que, dans le cerveau, le phosphore était combiné avec différentes matières grasses. Ce chimiste a prétendu que, dans le cerveau du fou, il y avait excès de phosphore, et chez l'idiot défaut de ce principe, et que c'était dans la juste proportion de cet élément que réside la juste proportion de l'exercice de l'intelligence!!!... Il y a aussi du phosphore dans le sperme de l'homme (Berzelius), et c'est probablement à son acidification à l'air qu'on doit attribuer l'action érosive que le sperme exerce sur le linge; les chimistes n'ont encore rêvé aucune induction physiologique de ces derniers faits! C'est à l'existence du même corps dans les matières animales qu'on attribue la phosphorescence qu'elles manifestent quelquefois à l'état de putréfaction. C'est là aussi, selon toute apparence, l'origine des feux follets qu'on croit être produits par la combustion spontanée d'un phosphore d'hydrogène qui se dégage quelquefois, durant l'été, des cimetières et des voieries. (Dupasquier, Chimie, t. 1. 1844). Le phosphore du commerce contient souvent une forte proportion d'arsenic provenant de l'acide sulfurique impur dont on se sert pour la fabrication. La liqueur séminale de certains vieillards ou de jeunes gens impuissants, a été considérée comme *déphosphorée* par quelques chimistes!

Odeur alliacée. — L'odeur particulière qu'offrent l'ail et l'oignon est attribuée avec raison à la présence d'une huile essentielle, puisqu'elle s'exhale comme toutes les odeurs et qu'elle disparaît par l'action du feu (ébullition, etc). Le principe odorifère paraît se dégager et s'échapper, du moins en partie, par l'œsophage. On présume que le soufre fait partie de sa composition. Il y a effectivement quelque chose de soufré ou de phosphoré dans ces exhalaisons.

Toenia. Térébenthine. — Dans une note que le docteur T. Hodgkin vient de lire à l'Association britannique pour l'avancement des sciences, il rapporte un cas de tœnia chez un Abyssinien qu'il a traité à Londres avec le docteur Beck, et qu'il a guéri à l'aide d'une seule prise d'esprit de térébenthine à la dose de 45 grammes (1 once 1/2). Le ver a été rendu sur le champ, sans coliques ni souffrances. Le même remède a produit, plus tard, le même effet dans deux récidives chez le même individu. (*Méd. Times.*)

Aliments soufrés. — « Les légumes secs, dits *venteux*, tels que les pois, les haricots, les lentilles, etc., offrent, pour principe essentiellement nutritif, la *caséine végétale*. Ce principe renferme beaucoup de soufre. L'*albumine* du suc des plantes et le *gluten* des céréales dont l'homme se nourrit sont aussi considérés comme des principes soufrés (Leibig).

Montfaucon. — Les chantiers de la voirie de Montfaucon offrent 32,800 mètres de superficie, sans compter le terrain occupé par les matières sèches et les chantiers d'équarrissage. On y apporte, par jour, 230 à 241 mètres cubes de produits des fosses d'aisance, et on laisse pourrir sur son sol la majeure partie des cadavres de 12,000 chevaux et de 25 à 30,000 petits animaux. (Rapport au conseil de salubrité de Paris, par MM. Darcet, Husard fils et Parent-Duchatelet.)

Cancer. Célibataires. — « J'ai souvent vu de ces filles célibataires, au visage de rose, occupées sans cesse à contenir et à étouffer leurs désirs, mourir de cancers affreux, quoique leurs règles aient toujours coulé régulièrement. En Italie, chaque ville contenant plusieurs couvents de religieuses, il est rare qu'il y en ait un où cette maladie n'exerce pas ses ravages. » (Ramazzini.)

Accidents de la saignée. — « Valsalva vit survenir, sur une dame noble à qui on piqua un tendon ou un nerf avec la veine, dont la main se gonfla considérablement avec une douleur violente, et qui fut affectée d'un tremblement continuel après que la douleur eût été calmée, tremblement qui persista malgré tous les remèdes, non seulement après que la main se fût désenflée, mais encore jusqu'au jour où Valsalva écrivait ceci, c'est-à-dire pendant cinq ans entiers. » (Morgagni. Ep. 50, n. 6.)

Infection syphilitique. — Les effets de la contagion varient selon les dispositions particulières de chaque organisme. « J'ai vu, dit Hunter, un homme communiquer la maladie à plusieurs femmes, parmi lesquelles les unes furent gravement atteintes, tandis que les autres n'eurent qu'une affection très légère. » (t. 2, p. 169.) La quantité du virus introduit ne paraît être pour rien dans l'intensité des effets; c'est ce qu'on observe aussi à l'égard de la variole.

Embaumements. — On se rappelle peut-être que M. G. Secato avait découvert un moyen pour réduire à l'état de solidité pierreuse les substances animales dures et molles; mais malheureusement cet inventeur a fait comme beaucoup d'autres, il a emporté son secret dans la tombe. Depuis cette époque, on a fait beaucoup de recherches sur ce sujet, et cependant l'on n'était pas encore parvenu à lapidifier les substances animales dures ou molles comme le faisait G. Secato. Mais voici que l'abbé Baldaconni, préparateur du musée d'histoire naturelle à Vienne, pour obtenir le même résultat, a essayé de faire usage de chlorhydrate d'ammoniaque uni par la voie humide ou bichlorure mercurique. Les premiers objets qu'il a plongés dans une dissolution de ce sel composé ont commencé par flotter à la surface; mais peu à peu ils se se sont immergés, et après quelques jours ont gagné le fond. Jugeant alors qu'ils étaient assez saturés, il les a retiré de ce liquide, et il a eu la satisfaction de voir qu'ils avaient acquis la dureté des pierres, qu'on pouvait les polir, qu'ils résistaient au marteau, que leur cassure était angulaire et leur poids spécifique cinq à six fois plus considérable que celui de l'eau, enfin qu'ils rendaient un son métallique quand on les frappait. Mais la circonstance la plus intéressante de toutes, c'est que les objets ainsi traités conservent leur couleur naturelle, qu'ils n'éprouvent aucune altération et que, après leur sortie du bain, ils ne demandent aucun soin particulier. M. Baldaconni a déposé au musée impérial de Vienne un assez grand nombre de pièces traitées par cette méthode, parmi lesquelles se trouvent des animaux à corps mou et gélatineux. Depuis lors, toutes ces pièces sont restées parfaitement intactes, et l'inventeur est convaincu que les personnes qui répéteront ces expériences pourront en confirmer l'exactitude. (*La Paix des Deux Mondes*, oct. 1844.)

CLINIQUES CHIRURGICALES.

REMARQUES GÉNÉRALES.

« Plus les hôpitaux nous donnent de facilité à observer les maladies rares et, à plus forte raison, les maladies communes, plus je plains souvent le sort des anciens médecins qui furent nécessairement privés de cet avantage. » (Morgagni, *De causi, etc.*, liv. 4.)

Ces paroles remarquables reviennent souvent à notre mémoire dans les études cliniques auxquelles nous nous livrons dans les hôpitaux. Non seulement les maladies s'offrent, dans le courant d'une année, sous toutes les formes dans un même service, mais encore elles se représentent souvent groupées dans un certain ordre dans plusieurs hôpitaux en même temps; de sorte qu'on peut quelquefois observer, dans le même mois, la même affection dans toutes ses variétés, si l'on est en position de suivre la nature dans plusieurs hôpitaux à la fois. Cette remarque générale, nous l'appliquons en ce moment à la scrofule, à ce fléau qui ravage surtout les hôpitaux des enfants, qui complique fâcheusement tant de maladies chez l'adultes, et qui sillonne endémiquement les rang dans nos services chirurgicaux : ici sous forme de tumeur blanche, là sous celle de gibbosité ou de carie vertébrale, à côté, sous les apparences d'ostéomalaxie, de goître ou de nécrose, de tumeurs ganglionnaires, d'abcès multiples avec des décollements irrémédiables, de sarcocèles tuberculeux, etc. Nous avons en ce moment sous les yeux, dans les cliniques dont nous allons rendre compte, une centaine d'individus affectés de ces manifestations protéiformes de la scrofule; nous ne voulons cependant nous arrêter en particulier que sur l'une d'elles, sur celle qui s'attaque à la source de la procréation, qui entraîne souvent la perte des conditions qui donnent à l'homme tant de fierté et de suprématie.

L'affection tuberculeuse du testicule, autrement dite *engorgement scrofuleux*, se rencontre presqu'aussi fréquemment dans les hôpitaux de Paris que le goître dans les gorges des Pyrénées ou des Alpes. Dupuytren évaluait à une centaine par an le nombre des individus qu'il traitait de sarcocèle tuberculeux à l'Hôtel-Dieu, et l'on peut dire, sans exagération, que la glande scrotale d'un certain nombre de Parisiens n'est pas plus heureusement organisée que le corps thyroïdien des Tyroliens ou des Indous. Ce rapprochement n'est pas, comme on le voit, sans une vraisemblance frappante, et ceux qui connaissent à fond les deux affections trouveraient, nous en sommes certain, plutôt ridicule qu'inexact d'appeller *goître du testicule* la maladie dont il s'agit. Qu'on ne s'imagine pas que l'engorgement scrofuleux de la glande spermatogène ne se rencontre qu'exclusivement dans le jeune âge; chez un individu, âgé de 45 ans, que M. Roux a opéré dernièrement à l'Hôtel-Dieu, et dont nous rapportons plus bas l'observation, le mal ne s'était déclaré que depuis cinq ans seulement, au dire du patien; chez un autre, âgé d'une cinquantaine d'années, et que nous suivons à la Charité (Gerdy), la maladie ne date que deux ans. En général, cependant, il est vrai de dire que cette maladie est, comme la phthisie, le partage de la jeunesse; un individu que nous voyons depuis quelque temps à S.-Louis (Jobert), un autre que nous observons à la Pitié (Lisfranc), et d'autres ailleurs, dont nous parlerons tantôt, ne sont âgés que de 20 à 25 ans. Jamais néanmoins nous n'avons rencontré l'affection sur des enfants très jeunes, et nous n'en trouvons aucun exemple mentionné dans le remarquable chapitre que Dupytren nous a laissé à ce sujet (Leç. Or.); mais A. Cooper dit formellement que « le testicule, même chez les enfants scrofuleux très jeunes, se tuméfie quelquefois et devient très dur, mais sans que cet état soit accompagné de douleur ou d'aucun autre accident. C'est par hasard que les parents ou les personnes à qui sont confiés les enfants s'aperçoivent de l'existence de la maladie qui reste dans cet état de gonflement indolent, pendant plusieurs semaines, plusieurs mois, plusieurs années, et alors, sous l'influence de l'amélioration générale de la santé, le gonflement se dissipe et la glande reprend son état naturel. Il arrive plus fréquemment que la tuméfaction s'accroisse à l'âge de la puberté, et à partir de cette époque jusqu'à la vingtième année; » ce qui porterait à conclure déjà que la maladie en question peut se développer à tous les âges.

On a avancé d'autre part que, lorsque le mal était vraiment scrofuleux, il attaquait à la fois les deux testicules, ce qui est exact en général, mais cela offre une foule d'exceptions. Chez le malade de l'hôpital Saint Louis, les deux organes sont attaqués, ainsi que sur celui de la Charité; mais, chez le jeune homme de la Pitié, chez un autre du Gros-Caillou (Gimelle), et chez celui que vient d'opérer M. Roux, un testicule seul était attaqué; de sorte qu'on peut compter peut-être autant de cas dans l'exception que dans la règle. On pourrait, d'après notre observation, en dire autant d'une autre assertion qui veut que le testicule gauche soit plus souvent affecté que le droit; néanmoins, il nous a semblé conforme à l'observation de dire que, lorsque les deux testicules était frappés de scrofule, celui du côté gauche étaient presque toujours plus gonflé, plus dur, plus farci de tubercules. Cela tient moins à ce qu'a supposé M. Ricord, c'est-à-dire au frottement que le testicule gauche éprouve dans la démarche par suite de l'habitude qu'on a généralement d'abattre le scrotum à gauche dans le pantalon, qu'à des conditions anatomiques particulières : nous voulons dire aux rapports de l'S du colon avec les vaisseaux testiculaires (Blandin, Anat. topog.).

Une remarque plus importante et dont nous avons pu constater l'exactitude est relative à l'absence d'un symptôme qu'on rencontre constamment dans la période avancée du sarcocèle cancéreux, à savoir l'hypertrophie des ganglions intra-pelviens ou lombaires.

Nous avons examiné soigneusement sous ce rapport les cinq malades dont nous venons de parler ; chez aucun nous n'avons trouvé la moindre trace de développement ganglionnaire soit à l'aîne soit dans le pelvis ou dans l'abdomen. Ce caractère est de la plus haute importance pour le diagnostic, lorsqu'il s'agit surtout de sujets avancés en âge et dont le mal tuberculeux s'offre avec les apparences du cancer. Chez le malade de M. Gerdy, l'affection n'a pu être caractérisée que par cette absence de ganglions morbides. Il est vrai que chez ce vieillard la coexistence de la maladie aux deux testicules, son indolence au toucher, sa marche très lente et la forme tubéreuse des tumeurs conduisaient au véritable diagnostic; cependant des doutes auraient pu être élevés sur la véritable nature de l'affection, et M. Gerdy a attaché avec raison une grande valeur à la condition dont il s'agit. Chez le patient de M. Roux, la tumeur avait un développement énorme (testicule équin); sa forme était ovoïde dans le sens antéro-postérieur, elle s'offrait avec toutes les apparences du cancer, était pesante, lisse partout à sa surface, excepté sur un point qui paraissait prêt à s'abcéder ou à s'ouvrir comme beaucoup de tumeurs encéphaloïdes ; elle était élastique à la pression des doigts, s'accompagnait de douleurs lancinantes, et partant pas de bubons ganglionnaires nulle part. Toutes les personnes présentes, et M. Roux lui-même, ont dû voir une affection cancéreuse jusqu'au moment où le bistouri a dévoilé sa véritable nature. Désormais, dans les cas douteux de ce genre l'absence d'hypertrophie ganglionnaire doit donc être appréciée à sa véritable valeur et mettre dans la voie du diagnostic. Nous disons *dans les cas douteux*, car quand le sujet est jeune, d'apparence scrofuleuse ou tuberculeuse; quand la tumeur offre d'ailleurs des inégalités à sa surface, de l'indolence, des abcès de petit volume ou des fistules, aucune contestation sérieuse ne saurait surgir sur son diagnostic ; tels sont les cas effectivement qu'on rencontre communément dans tous les services. L'observation précédente n'avait pas échappé à Astey Cooper: « Cette inflammation, a-t-il écrit, n'affecte jamais sérieusement les ganglions inguinaux ou lombaires, et elle ne propage jamais la lésion au delà du testicule lui-même. » L'anatomie, au reste, explique parfaitement pourquoi c'est dans le ventre et pas à l'aîne que le bubon doit être cherché dans les affections malignes du testicule. On sait en effet que les lymphatiques de cette glande remontent, au nombre de quatre, dans la gaîne du cordon spermatique, entrent dans le bassin où ils s'anastomosent et se réduisent à trois, puis à deux, pour venir s'aboucher dans des ganglions lombaires placés autour de l'aorte et de la veine cave ; tandis que les vaisseaux lymphatiques du scrotum et de la verge se dirigent comme on sait vers les ganglions de l'aine.

Nous nous sommes rendus exprès au musée Dupuytren, dans l'espoir d'éclaircir, sur une serie de préparations anatomiques et pathologiques, plusieurs questions pratiques importantes relatives au testicule: notre désappointement, hélas! a été très grand, à la vue du vide complet qui règne dans ce local, non seulement pour ce sujet si essentiel et si commun, mais encore pour toutes les questions anatomo-pathologiques de quelque importance. On n'y trouve, en effet, que les quelques préparations déposées dès la fondation, déjà vieillies, et rien de ce qui vivifie les progrès journaliers de la science ! Cela devait être malheureusement durant un décanat où la science de notre art est aux prises avec l'incompétence, etc....!

Le traitement adopté dans les hôpitaux contre cette maladie, n'est pas différent de celui qu'enseignent les livres modernes sur la matière. On simplifie d'abord l'état local, s'il y a lieu, en combattant l'inflammation par les moyens antiphlogistiques ordinaires (sangsues, cataplasmes). Ensuite on fait subir au malade un traitement général ; l'iodure de potassium est le remède adopté pour cela par MM. Lisfranc, Gerdy, Velpeau ; M. Gimelle préfère le calomel et la rhubarbe à la dose de 10 centigrammes chaque, par jour; M. Jobert joint l'usage des bains sulfureux aux préparations iodées. On ne comprend pas trop cette phrase que les rédacteurs des leçons orales de Dupuytren ont prêtée à ce grand maître : « Il (le malade) s'interdira les acides, les acidules minéraux et végétaux, les légumes d'un goût acerbe et surtout les farineux. » Loin de nuire effectivement, les acides sont prescrits avantageusement aux scrofuleux ; on en fait surtout un grand usage, en Angleterre dans ces cas.

Localement, on se conduit différemment selon l'état des choses. Si la tumeur est encore à la période de crudité, c'est-à-dire de dureté indolente, sans abcès ni ramolissements, on se contente de quelques topiquaux émollients et résolutifs (cataplasmes, pommades d'iodure de potassium et d'iodure de plomb, etc.). Dupuytren employait très utilement des fomentations incessantes, tièdes, d'eau marine, ou saturée de sel gris, et il faisait, comme A. Cooper, un précepte de rigueur de tenir le malade au lit, couché en supination, les bourses relevées vers le pubis ; M. Gerdy attache lui-même à cette mesure une grande valeur thérapeutique. M. A. Bérard a proposé d'inciser les points saillants qu'on présume formés par les dépôts tuberculeux et de vider ainsi la matière hétéroplastique dont chaque petit kyste est rempli ; mais nous ne sachons pas que cette proposition ait jamais été mise en pratique. Il ne faut pas oublier, au surplus, que chez les enfants principalement, il faut la plus grande réserve dans l'usage du bistouri, par la raison que le testicule ne suppure que très rarement (A. Cooper) et que la nature se suffit généralement à elle-même, surtout si elle est aidée par un traitement dynamique convenable. Si la résolution n'a pu être obtenue, et que le mal marche vers la suppuration, ainsi que cela a lieu le plus souvent, on ouvre successivement les petits abcès et l'on continue le traitement général et local jusqu'à ce que le dégorgement s'opère, que la glande revienne à son volume naturel, que les abcès et les fistules s'oblitèrent spontanément, ce qui n'a lieu ordinairement qu'à la

ongue, après six mois, un an ou plus de traitement ; encore la guérison n'a pas toujours lieu avec conservation de l'organe, puisqu'il arrive souvent que la glande s'atrophie et disparaît tout à fait, ou bien qu'elle perd complétement la faculté fonctionnelle, ou bien enfin qu'elle occasionne une telle irritation générale qu'on est obligé d'en venir à la castration. « Si le principe, dit Dupuytren, en est combattu et arrêté, d'heureux changements ne tardent point à se manifester dans l'organe ; mais si les secours de la médecine n'ont pu triompher du mal, le testicule devient molasse, fongueux, et semblable au tissu qu'on trouve autour des articulations atteintes de tumeurs blanches. » (Leç. Or.) Mais tout cela mérite quelque examen.

Faisons d'abord remarquer que fréquemment le sarcocèle tuberculeux s'accompagne d'hydrocèle à la partie supérieure de la tumeur; là la vaginale est distendue par du liquide le long du cordon spermatique jusqu'à l'anneau inguinal. Cette complication, nous l'avons observée si souvent, que désormais elle nous sert d'indice de la nature tuberculeuse de la tumeur; elle s'est présentée dans le cas récent de M. Roux, ainsi que dans les deux autres de MM. Gerdy et Jobert. Ce dernier chirurgien a tiré un excellent parti de cette circonstance; il s'est servi de la poche séreuse comme d'un réservoir pour y déposer des médicaments capables d'absorption, et d'agir dynamiquement et d'une manière immédiate, continue, sur la maladie du testicule. Chez le malade qui est actuellement à St-Louis, M. Jobert a, en effet, commencé par vider le kyste à l'aide d'une ponction, et il y a injecté une certaine quantité de teinture d'iode qu'il y a laissée pour être absorbée. L'hydrocèle ne guérit pas ordinairement dans ces occurrences, par la raison que le testicule est malade, et l'on ne vise pas d'ailleurs à la guérir par la première injection. Quelque temps après, on répète donc la même opération dans le but que nous venons d'indiquer, et l'hydrocèle finit à la longue par guérir, dès que l'état de la glande spermatique est bien amélioré. Quelques semaines après cette injection, le malade en question présentait déjà une amélioration très remarquable ; l'engorgement des deux testicules avait considérablement diminué, leur tissu était et moins dur et plus élastique : un petit abcès a été ouvert inférieurement, une ou deux ouvertures fistuleuses et anciennes s'amendent à vue d'œil. On continue les fomentations émollientes et les bains sulfureux, et tout fait espérer que ce malade guérira promptement, grâce à ce nouveau mode de traitement. Les deux testicules offraient, chez ce jeune homme, un volume quadruple au moins de l'état naturel ; les ouvertures fistuleuses laissaient écouler évidemment de la liqueur spermatique, puisqu'elle raidissait le linge; cela n'est, au reste, que très ordinaire dans ces cas, et il est facile de s'assurer de la présence des zoospermes à l'aide du microscope; on sait d'ailleurs que ce qui rend fistuleux ces petits abcès, c'est l'écoulement incessant de la matière spermatique. L'hydrocèle cependant s'est trouvé guéri chez lui après la première injection. Interrogé par nous sur l'état fonctionel de ses organes, ce jeune homme nous a déclaré que, malgré ces conditions des testicules, il n'a pas cessé de bien remplir ses devoirs générateurs, ce qui se comprend au reste parfaitement, car les tubes séminifères ne sont pas tous étouffés par la présence des tubercules.

La méthode dont nous venons de parler a déjà fait ses preuves entre le mains de M. Jobert; un jeune homme qu'il a soigné, avec M. Roux, au Marais, d'une affection de ce genre, offrait un tel délabrement chronique aux deux testicules, que leur démolition avait été jugée indispensable; il a profité de la présence d'une hydrocèle pour essayer les injections répétées de teinture d'iode; ce jeune homme est guéri aujourd'hui, et il s'honore auprès du sexe en rendant des services à l'espèce humaine. On pratiquait, il est vrai, autrefois des fomentations iodées sur les bourses, et des injections de même espèce dans les trajets fistuleux, mais on comprend qu'il y a une différence immense entre ces applications fugitives et celle dont nous venons de parler. Disons enfin que la présence de l'hydrocèle à la partie supérieure de la tumeur tient probablement à ce que les tubercules envahissent le plus souvent d'abord l'épidydyme, surtout la grosse extrémité de ce corps, avant d'éclater dans les lames de l'albuginée et dans la substance même du testicule. « Le corps du testicule est rarement le siége de la suppuration; mais quand l'altération s'est emparée de l'épidydyme, le testicule se prend, etc. » (A. Cooper.) Dans le cas amputé par M. Roux, la pièce que nous avons eue en main a présenté une quantité considérable de tubercules suppurés ou ramollis à la surface et entre les lames de l'albuginée, et d'autres dans le centre même de la glande, du volume d'une amande; mais les tubes séminifères étaient encore très bien conservés dans beaucoup d'endroits, bien qu'hypertrophiés et élargis; et c'était probablement ce qui donnait à la tumeur une consistance mollasse, à tel point que nous avions cru un instant à une hydrocèle testiculaire avec épuisement considérable de la vaginale.

Après la suppuration des tubercules, on se trouve ordinairement en présence soit de fistules interminables, soit de granulations fongueuses venant de la substance même du testicule. Nous avons, dans le dernier numéro, rapporté un cas de la première espèce traité par M. Lisfranc ; nous avons vu que ce praticien avait attaqué la fistule à l'aide d'un stylet incandescent; aujourd'hui, cette fistule est presque guérie, et le testicule, qui était gonflé et dur, a repris ses dimensions et sa souplesse normales. M. Lisfranc n'a été conduit à cette pratique que par l'exemple de son vétérinaire qui avait traité de la sorte, sous ses yeux, un testicule fistuleux chez un cheval. On comprend, d'après ce qui précède, pourquoi les autres modes de traitement échouent généralement contre ces sortes de fistules ; c'est qu'aucun d'eux n'exerce une action assez puissante pour détruire les canaux séminifères ouverts au fond de la fistule, et épuiser l'écoulement spermatique, ainsi que le fait le fer rouge. Cette médications mérite

donc une sérieuse attention ; nous verrons tout à l'heure quelles peuvent être les conséquences de l'oblitération d'un certain nombre de conduits séminifères. Quant aux granulations fongueuses, elles s'observent assez souvent dans les cas où le mal scrofuleux date déjà de très loin. Les granulations supposent la préexistence de fistules, ou du moins l'érosion de quelques points de l'albuginée (Velpeau, *Anat. chir.* t. II, p. 196.). Elles émanent, en effet, de la substance même du testicule, à l'instar de celles qui succèdent à certaines dénudations du cerveau. M. Ricord les traite par l'excision et la compression. Peut-être serait-il plus avantageux d'y porter le fer incandescent, comme pour les fistules. Notre observation ne va pas plus loin à cet égard.

Disons enfin un mot sur l'atrophie qui s'en suit assez souvent dans ces circonstances. Cette terminaison de la scrofule testiculaire, malgré le traitement le mieux entendu, nous l'avons rencontrée plus d'une fois dans les hôpitaux comme en ville. Le testicule, de dur et coagulé qu'il est d'abord, se ramollit et décroît de volume; cette décroissance est progressive, et il devient impossible de l'arrêter; l'organe finit par être résorbé, et l'on ne trouve à sa place qu'une sorte de noyau dur, du volume d'une fève, ou même qu'une sorte de bride. Ce travail de désassimilation s'effectue de la manière suivante, à ce que nous croyons. L'inflammation détermine d'abord du gonflement et un épanchement de matière plastique dans le parenchyme testiculaire et entre les canaux séminifères, ce qui est la cause de la coagulation ; des points jaunâtres et durs existent aux endroits où les foyers tuberculeux s'organisent. Cette première période de la maladie, nous n'avons pas eu l'occasion de la constater, le scalpel à la main, mais les paroles suivantes d'A. Cooper et de Dupuytren ne laissent aucun doute à cet égard : « Lorsque, dit le premier de ces chirurgiens, le testicule a été enlevé dans la période qui précède la suppuration, il est, ainsi que l'épidydyme, d'un blanc jaunâtre, et d'une dureté considérable. Si l'on fait une section sur un testicule atteint d'engorgement chronique, et si on l'agite dans l'eau, on voit s'échapper un fluide blanc, jaunâtre, des tubes séminifères qui sont extrêmement dilatés, et qui ensuite paraissent vides. Cependant le volume du testicule reste le même, à cause de la fibrine jaune ou lymphe coagulable dans le tissu cellulaire de cet organe qui est infiltré. » Un peu plus loin il ajoute que l'on trouve dans les deux extrémités de l'épidydyme des points jaunes, entourés d'une zone inflammatoire. Ces points suppurent et donnent un mélange de fibrine et de sérosité jaune. Dupuytren est plus explicite encore : « Lorsque l'opération a été pratiquée, dit-il, si l'on examine les altérations qu'a subies l'organe, on trouve les parties saines séparées des parties malades; çà et là on aperçoit une multitude de dégénérescences scrofuleuses et une matière blanchâtre, demi-fibreuse, demi-cellulaire, contenant de l'albumine coagulée. On distingue aussi des tubercules ou des amas de matière tuberculeuse, renfermée dans des kystes muqueux ou sans kystes. Le siége de ces altérations est le plus ordinairement dans le tissu cellulaire environnant l'épidydyme même, d'autrefois dans le testicule, plus rarement dans le cordon. » L'on comprend par là la véritable cause de l'induration coagulante du testicule, soit dans l'inflammation chronique simple, soit dans la phlogose tuberculeuse.

Il s'ensuit nécessairement une compression des canaux séminifères et une altération inévitable dans leur faculté sécrétoire. Par suite de ces mêmes causes, les canaux se rétrécissent petit à petit et s'oblitèrent plus ou moins, en vertu de la loi générale qui régit tous les canaux de l'économie. Ne voyons-nous pas le rectum s'atrophier après un anus contre nature? Les uretères, la vessie, les artères et les veines ne subissent-ils pas le même sort dès qu'ils cessent d'être parcourus par leurs liquides habituels? On comprend dès lors le travail de l'absorption dans la substance du testicule et le passage de celle-ci de l'état de dureté à celui de mollesse extrême. Cette mollesse excessive suppose nécessairement une diminution dans la quantité normale de la matière contenue dans la coque albuginée. C'est ainsi, aussi, que le bulbe oculaire s'affaisse comme un pruneau cuit dès qu'il commence à s'atrophier. Chez le vieillard, les testicules deviennent, comme on sait, très mous, par un travail d'atrophie sénile; tous les canaux fins se resserrent et s'oblitèrent chez lui; ceux de sa glande scrotale subissent le même sort, aussi perd-il par degrés la verve procréatrice dont il s'honorait autrefois auprès du sexe, et s'il persiste à requérir ce que la nature lui refuse, il se crève le cœur, se brise l'arc de l'aorte ou les artères basilaires du cerveau, et il reste entre les bras de Vénus, victime de sa présomption, ainsi que nous en avons dernièrement rapporté un exemple, ou bien il n'obtient que du sperme séreux, déphosphoré et en très petite quantité, qui reste infructueux dans l'ordre de la nature. C'est là la cause de l'improlificité chez beaucoup de vieillards, et aussi chez des hommes jeunes qui se trouvent, par maladie, dans les mêmes conditions.

Une autre remarque importante, c'est qu'il se peut que l'affection tuberculeuse n'ait détruit qu'une partie seulement, soit des testicules, soit de l'épidydyme ; il y a alors diminution du volume des organes et de la quantité de liqueur génératrice; celle-ci remplit ordinairement le vœu de la nature si le sujet se porte bien d'ailleurs; mais chez le vieillard où la même atrophie partielle s'observe assez souvent, on ne peut toujours en dire autant quant à la qualité du produit. Enfin, il arrive quelquefois que l'affection frappe principalement l'épidydyme, le testicule restant sain et conservant son volume normal malgré la destruction du peloton de transmission (A. Cooper); il y a dans ce cas des désirs vénériens, mais pas d'éjaculation réelle; l'impuissance est alors irrémédiable, que le sujet soit jeune ou vieux. On voit, par conséquent, combien il faut de circonspection, et combien surtout il importe de ne pas se hâter à abattre un organe aussi important dans la seule présomption que la suppuration a dû entraî-

ner la perte de sa substance. « Jamais, dit Dupuytren, ce désir d'opérer ne nous a paru plus prononcé que dans les engorgements des testicules. On aurait dû cependant s'apercevoir que la tristesse, le chagrin et la mélancolie finissaient presque toujours par conduire au tombeau ceux qui avaient subi cette cruelle mutilation. » Nous venons de voir à Saint-Louis un homme jeune dont le testicule gauche avait offert plusieurs tubercules suppurés ; l'organe semblait perdu ; à force de soins judicieux cependant, M. Jobert en a triomphé, et aujourd'hui, dix mois après sa sortie de l'hôpital, la glande a repris sa puissance et sa santé! Cette persistance, en l'absence du bistouri, ne saurait donc être trop recommandée dans ces circonstances.

La médication antisyphilitique qu'on suit de nos jours dans les services chirurgicaux a fixé dernièrement notre attention, à cause surtout des variations qu'on lui a fait subir. Durant le règne de l'école de Desault, deux seules méthodes étaient en usage. On prescrivait les frictions de pommade napolitaine aux uns, l'usage de la liqueur de Van-Swieten aux autres, et l'on n'entremêlait pas les deux formules ; seulement on passait de l'une à l'autre lorsqu'on s'était assuré que la première, adoptée, avait été insuffisante. On avait cependant plus de confiance dans les frictions que dans l'usage intérieur du remède, ce qui est précisément le contraire de nos jours, par la raison que tout l'effet du médicament est dans son action dynamique consécutive à l'absorption, et l'on sait que cette absorption est plus sûre et plus complète par la voie de l'estomac. L'Ecole de Dupuytren s'est écartée de ces principes ; elle a rejeté complétement la méthode endermique et elle a formulé le mercure sous forme pilulaire, en l'associant à l'opium et à des extraits dits sudorifiques. Cette substitution de la forme solide du sel mercuriel à la forme liquide adoptée jusqu'alors était déjà mauvaise en principe, car, outre que les pilules s'indurent aisément et peuvent passer sans être digérées, le médicament est toujours moins facilement absorbé à l'état solide, et une partie de sa substance doit rester inévitablement enveloppée dans les résidus de la digestion. Ajoutons que, sous cette forme, il exerce toujours une certaine action locale irritante, et qu'on ne rencontre pas dans la solution. D'un autre côté, la combinaison du deuto-chlorure de mercure avec l'opium est une faute grave, l'action dynamique de l'une de ces substances étant opposée à celle de l'autre. Nous ne connaissons pas, en effet, de remède plus convenable que l'opium pour affaiblir ou neutraliser les effets du sublimé. L'opium est donc un correcteur du sel mercuriel dans la formule en question. Aussi l'expérience démontre-t-elle que, par les pilules de Dupuytren, le traitement est et plus long et moins fidèle que par la liqueur de Van-Swieten.

La forme pilulaire cependant a prévalu, et l'on s'est jeté de nos jours dans d'autres errements. Un certain nombre de praticiens s'est arrêté au proto-iodure de mercure, comme préparation applicable à la généralité des cas de vérole secondaire. Comme cette affection s'offre ordinairement sous forme de syphilide, on a pensé qu'un médicament qui réunit à la fois l'iode et le mercure serait plus efficace et moins dangereux que le bichlorure de mercure ; et comme des guérisons ont été et sont journellement obtenues à l'aide du composé iodo-mercuriel, on lui a donné la préférence. La mode exagère tellement les avantages de ce remède qu'on n'en voit pas encore les inconvénients, et l'on a renoncé provisoirement aux anciennes préparations mercurielles. Nous ne partageons pas l'engouement général ; d'abord parce que l'iodure de mercure est un composé insoluble dans l'eau et dans l'alcool, et très décomposable, et par cela même peu absorbable et sujet à des variations incessantes dans ses effets. Ce remède est d'ailleurs beaucoup moins énergique que le sublimé, par les raisons précédentes, et parce que le mercure n'y entre qu'en proportion beaucoup moindre que dans le bichlorure. Le proto-iodure se compose, en effet, de 61, 58 de mercure, et 38, 42 d'iode ; aussi le prescrit-on incessamment à dose double, quatruple et même davantage que le sublimé ; on donne par jour une pilule de 5 centig. (un grain) et quelquefois deux. Or, il est de fait que l'action du médicament est très légère comparativement à la liqueur de Van-Swieten, car M. Ricord, l'un des plus grands partisans du composé insoluble, est obligé de lui associer des masses énormes de carbonate de fer (pilules de Vallet) pour relever sa faible énergie et achever des cures qui, sans cela, se font longtemps attendre. Il est vrai que, pour donner au fer un bon passeport en règle, M. Ricord a mis en avant la prétendue chlorose syphilitique, théorie spécieuse qui ne supporte pas le moindre examen ; car la pâleur dont il s'agit est un des phénomènes propres à la plupart des maladies chroniques et qui disparaît par les remèdes qui combattent la maladie fondamentale. Une préparation mercurielle énergique, comme la liqueur de Van-Swieten par exemple, se passe aisément du fer, et la chlorose disparaît sous sa seule influence. Ce qui prouve encore que l'iodure est peu énergique, c'est que M. Gimelle, au Gros-Caillou, a été obligé de lui adjoindre les frictions de pommade mercurielle dans la vérole secondaire, et M. Jobert a dû l'abandonner complétement pour revenir à la solution du bichlorure, ainsi que le fait M. Blandin lui-même. Le moindre inconvénient de l'iodure de mercure, c'est d'entraîner sans nécessité une plus forte dépense et d'introduire dans l'économie des doses plus considérables de substances hétérogènes. On considèrera sans doute comme un défaut plus sérieux de tenir les malades plus longtemps en traitement et de ne donner souvent que des résultats incomplets.

MM. Blandin et Jobert ne sont pas les seuls qui aient renoncé au proto-iodure de mercure pour revenir à l'usage de la liqueur de Van-Swieten ; MM. Rayer et Chassaignac l'ont abandonné à leur tour en faveur des pilules de Sédillot. Cette dernière for-

mule cependant est, selon nous, plus défectueuse encore que celle de l'iodure, par la raison que le mercure s'y trouve à l'état presque métallique et par cela même à peine absorbable. Ces pilules se composent, comme on sait, de pommade mercurielle, de savon médecinal et de poudre de réglisse; il en résulte une masse informe contenant 5 centig. (un grain) de mercure par pilule à l'état de sous oxide; aussi faut-il en prendre un très grand nombre pour produire quelque effet. Sans doute qu'on peut guérir de la vérole par toute espèce de préparation mercurielle, même très défectueuse; mais là n'est pas la question. Dans l'état actuel de l'art, il s'agit d'adopter la forme la plus efficace, la plus économique, la plus sûre du médicament; or, plus la préparation se rapproche de l'état métallique ou insoluble, plus elle est reprochable. Aucune de celles dont nous venons de parler ne saurait être comparée à la liqueur de Van-Swieten, et l'on comprend à peine que les praticiens se soient éloignés de ce composé si simple, si énergique, si facile à doser sans perte aucune pour l'absorption. Le seul inconvénient qu'on pourrait peut-être reprocher à ce solutum, c'est de contenir un peu d'alcool, mais on peut le diminuer ou même le supprimer sans inconvénient, le bichlorure étant très soluble dans huit parties d'eau distillée à froid. On sait que chaque cuillerée à soupe, de 15 grammes (demi-once), contient un peu plus d'un centig. (un quart de grain) de sublimé. On en donne deux cuillerées par jour, plus ou moins, dans une tasse de lait ou d'eau distillée. Au reste, il ne faut pas oublier que ce sel mercuriel est lui-même très susceptible de décomposition en contact avec des substances organiques; aussi ne faut-il pas le mélanger à des tisanes épaisses, encore moins à l'eau commune; il est de rigueur de le faire prendre à jeun, par la même raison. Dans cette composition, le chlore est au mercure :: 26 : 79. Disons enfin que M. Roux est resté fidèle à la méthode des frictions, tandis que M. Lisfranc s'en tient à l'iodure de potassium, que la vérole soit secondaire ou tertiaire; on voit, par conséquent, que la pratique ancienne est préférable à celle qu'on suit de nos jours à cet égard.

Le bégaiement dont le traitement chirurgical a fourni naguère tant de matière à discussion et même à du scandale, est aujourd'hui envisagé à son véritable point de vue dans les hôpitaux. L'opération de M. Diffenbach est passée comme la ténotomie rachidienne au nombre des opérations enfantées par des raisons sans fondement, et l'on est revenu à la méthode physiologique que l'Académie des sciences a couronnée en la personne du docteur Colombat (de l'Isère). Nous avons en ce moment sous les yeux deux sujets bègues que nous avons suivis avec intérêt, l'un à St-Louis (Jobert), l'autre à la Charité (Gerdy). Chez le premier, il s'agit d'un jeune homme de 18 à 20 ans, pâle, à poitrine étroite, d'un caractère doux; il tenait, pour parler, la tête très inclinée en avant, ainsi que le tronc, c'est-à-dire dans une position peu favorable à une libre respiration; son bégaiement existe au plus haut degré et date depuis l'âge de 8 ans. C'est surtout à la première syllabe de chaque mot que la parole expire entre ses lèvres et se répète avec une sorte d'acharnement saccadé jusqu'à l'étouffement; quand il commence à parler il répète le pronom *je*, une multitude de fois, puis il recommence pareillement à un autre mot. Cependant il est à noter que son bégaiement est de ceux qui disparaissent dans le rhythme musical, puisqu'en chantant il ne bégaie point. M. Jobert, sans attacher à la myotomie linguale plus d'importance qu'elle ne mérite, a dû se demander si dans les cas aussi exagérés le bégaiement ne pourrait être au moins corrigé en partie par l'opération, ce qui n'empêcherait pas d'ailleurs d'y adjoindre au besoin la méthode physiologique de M. Colombat. Une longue expérience lui avait déjà démontré il est vrai, que les résultats de l'opération n'étaient qu'éphémères; cependant chez deux de ses opérés les bienfaits avaient été réels et durables, sans qu'il eût pu saisir les véritables raisons de ces différences. C'est au milieu de ces réflexions et de ces impressions si diverses qu'il a cru devoir essayer chez ce jeune homme les effets de la section des muscles génio-glosses. Il a pratiqué cette opération en notre présence le 12 novembre. Pour cela il s'est servi d'une érigne simple sur la tige de laquelle glisse un anneau porteur d'une plaque verticale en ivoire, semblable à une pièce de cinq francs, et qui a pour office de repousser le bout de la langue en haut et en arrière. Avec cette érigne il a accroché horizontalement cette petite masse charnue qui se trouve entre la symphyse de la mâchoire et la face inférieure de la langue, il a fait glisser alors la petite plaque au devant de cet organe. Cela fait, un petit scalpel à tranchant convexe a coupé les chairs soulevées, en rasant en un clin-d'œil la face postérieure de la symphyse, dans l'étendue de trois à quatre centimètres. Cette plaie a saigné modérément, mais aussitôt le patient s'est mis a parler avec une liberté aussi surprenante que comique; il a été un sujet d'hilarité prolongée pour les élèves et les chirurgiens qui suivaient la visite, et, comme pour se venger de la raillerie dont il avait été jusqu'alors l'objet de la part des autres malades, il est allé de lit en lit défiant ses camarades à parler aussi librement que lui! Ce phénomène cependant n'a duré que deux jours; le troisième, la plaie s'était presque cicatrisée et le bégaiement avait reparu, quoiqu'à un degré un peu moindre. M. Jobert a alors détruit la cicatrice naissante, et cautérisé la plaie plusieurs fois, dans le but de tenir les parties écartées. Par suite de ces manœuvres la parole est redevenue passablement libre et l'on pourrait être assurément satisfait du résultat si cet état pouvait être durable; mais c'est là la difficulté, l'expérience ayant démontré malheureusement que le bégaiement revenait petit à petit au même point, au bout de quelques mois. L'avenir nous apprendra sur ce jeune homme ce que nous devons penser à cet égard. Comment l'opération sanglante ou la douleur rétablit-elle la phonation régulière? C'est ce qu'on ne saurait dire. Y a-t il

là, relâchement momentané, élargissement de la glotte, et par suite respiration plus libre, phonation sans gêne? c'est ce qu'on ne comprend pas suffisamment.

Chez l'autre, le patient est aussi un jeune homme. Suisse. Il a été opéré dans son pays, par le docteur Dubois, il y a quatre mois. On ne peut dire au juste quels muscles on a coupé chez lui, car l'opération a été pratiquée du côté de la peau du cou. On voit en effet sous la mâchoire deux petites cicatrices aux deux côtés de la ligne médiane. Le jeune homme déclare qu'après l'opération son bégaiement a disparu, mais consécutivement il en a peu à peu perdu les avantages; néanmoins il reconnaît encore aujourd'hui une amélioration dans l'état primitif. Son bégaiement paraît de même espèce que le précédent, c'est-à-dire par défaut d'harmonie entre l'action des organes phonateurs et celle des organes respiratoires; mais à un degré beaucoup moins prononcé. M. Gerdy s'est attaché d'abord à ramener ces actes fonctionnels au même rhythme, en inculquant au jeune homme de faire une grande inspiration avant de commencer à parler, et de cesser de parler avec l'expiration; il vise en même temps à le faire parler très lentement, syllabe par syllabe, et par une sorte de cadence musicale. Il y a déjà du mieux par ce seul exercice de quelques jours. On comprend cependant qu'une pareille méthode exige un ensemble de précautions et de moyens qu'on peut difficilement employer durant la course rapide de la visite. Des modifications diverses sont d'ailleurs nécessaires chez chaque bègue. M. Gerdy a rappelé à cette occasion les principes de la méthode adoptée et perfectionnée par M. Colombat, l'espèce de chronomètre dont ce chirurgien fait usage pour régler le rhythme de la parole, et les résultats vraiment remarquables qu'il obtient chaque jour. M. Colombat, par ses longues études, ses connaissances variées en chirurgie et en physiologie artistique, et son tact particulier dans le discernement des défauts de la parole est parvenu à des guérisons réelles et durables des bégaiements les plus désespérés. Nous avons été nous-même témoin de ces sortes de cures opérées en peu de jours, et si nous nous plaisons à le proclamer on sait que nous ne rendons qu'hommage à la vérité. Dans l'état actuel de l'art, la méthode physiologique est donc celle qui doit être étudiée, approfondie, appliquée. On la trouve longuement exposée dans l'ouvrage de M. Colombat et dans plusieurs dictionnaires récents.

Les polypes des fosses nasales, en particulier les polypes muqueux, ont fourni dernièrement à M. Lisfranc, l'occasion de quelques remarques intéressantes qui, sans être tout à fait neuves, nous ont paru dignes de figurer dans ces généralités cliniques. Une première observation est relative à la manière d'explorer ces végétations. Communément on se borne à relever l'aîle du nez, à y faire entrer un rayon de vive lumière, et à faire expirer fortement par une narine pendant qu'on bouche l'autre; les excroissances polypeuses sont ainsi poussées en avant et mises en évidence. M. Lisfranc, veut, lui, qu'on porte un doigt indicateur par la bouche dans la fosse nasale d'arrière en avant, et de manière à présenter son bord radial en haut et le cubital en bas, afin qu'il puisse être poussé aussi avant que possible; les polypes se trouvent par là non seulement repoussés vers la narine antérieure mais encore fixés en arrière et hors d'état d'échapper à la pince; par cette précaution on évite également de léser les cornets et même de plonger et replonger l'instrument à vide sans rien amener, ainsi que cela arrive souvent par le procédé ordinaire. Il est essentiel que le doigt soit porté dans la position de supination forcée que nous venons d'indiquer, sans quoi il ne pourrait pénétrer assez avant pour remplir l'indication.

Il est une sorte d'état de boursouflement de la muqueuse nasale, qui en impose quelquefois pour un polype. Cette membrane est infiltrée, remplit la narine et forme en avant une sorte de saillie arrondie et luisante pareille à celle que présentent les polypes muqueux. Le procédé précédent d'exploration ne permet pas de confondre ces deux états, car le doigt qui vient de derrière n'augmente pas la saillie de la tumeur; au contraire; et d'un autre côté, en portant contre la tumeur le petit doigt par la narine antérieure on affaisse la muqueuse et le prétendu polype disparaît. Nous avons eu l'occasion d'observer cet état à la suite d'arrachements répétés de végétations polypeuses, ou même sans cela; une fois entre autres, c'était sur une jeune femme à la clinique de Dupuytren, le mal fut jugé de nature syphilitique; la muqueuse était tellement hypertrophiée qu'il a fallu en exciser une partie. M. Lisfranc diagnostique facilement, à l'aide de son mode d'application, le simple état fluxionnaire de la membrane de Schneider, d'avec son boursouflement et d'avec la végétation polypeuse, et il ne s'expose pas à plonger sans nécessité les pinces dans la narine pour ne rien ramener. Il arrive assez souvent après l'extirpation des polypes qu'on soit consulté dans la présomption de la naissance de nouvelles végétations; il importe de s'éclairer sur le véritable état des choses et de ne pas s'en rapporter aux sensations trompeuses des malades. M. Lisfranc a trouvé dans certains cas de ce genre la muqueuse couverte de petites granulations blanches, semblables à des grains de millet; ce sont là autant de germes de nouveaux polypes et qu'on ne peut voir sur le vivant qu'autant qu'on écarte beaucoup l'aile du nez et qu'on explore la cavité nasale à la faveur d'un beau rayon de soleil. Dans tous ces cas le remède qui a le mieux réussi à M. Lisfranc pour flétrir les végétations naissantes comme pour dissiper le boursouflement de la muqueuse, c'est l'usage du topique suivant: Prenez, vin rouge dans lequel on a fait bouillir des feuilles de roses de Provins, (les roses rouges ordinaires valent autant) 30 grammes (une once); sulfate de zinc 4 grammes (un gros). Ce liquide est reniflé une, deux fois par jour, on le porte au besoin dans la narine à l'aide d'un petit pinceau doux, etc. On com-

prend qu'il importe que le vin ait bouilli avec les roses, afin que l'alcool se soit échappé, sans quoi le liquide pourrait n'avoir qu'une faible action. D'après ce que nous savons au reste sur l'action hyposthénisante des sels de zinc, nous pensons que la solution du sulfate dans l'eau de roses ordinaire sera tout aussi efficace.

Hôpitaux militaires.

Hôpital du Gros-Caillou. (M. Gimelle). *Médication anti-psorique.* — Il existe, dans chaque hôpital militaire, à Paris, un service spécial pour les galeux. Il en était de même autrefois dans les hôpitaux civils, mais cet usage a été abandonné, et l'on adresse, aujourd'hui, les galeux à l'hôpital Saint-Louis. La gale est très fréquente parmi les militaires; elle se propage aisément dans les casernes, et l'on comprend une pareille propagation si l'on se souvient de la vie commune du soldat et du peu de précautions qu'il prend dans ses relations, soit avec les gens de son espèce, soit avec les personnes des deux sexes du civil. Le traitement qu'on suit au Gros-Caillou est purement externe. Le conseil de santé militaire a fait adopter la pommade suivante qui donne d'excellents résultats : — P. savon noir, quatre parties; potasse en poudre fine, deux parties; fleurs de soufre, une partie; incorporez par trituration. On donne, chaque jour, 60 grammes (2 onces) de cette pommade dont le malade se frotte toutes les parties couvertes de boutons; la pommade frottée est laissée sur place (pas de bains ni de lavages). On continue ainsi jusqu'à ce que les démangeaisons et les boutons aient disparu, ce qui a lieu ordinairement vers le huitième jour. Alors, et seulement alors, on prescrit des bains de propreté et le changement des linges; le patient est couché dans des draps propres, et il reste encore quelques jours en observation. Si de nouveaux boutons se déclarent, une nouvelle friction en fait justice. Les malades sortent ordinairement vers le dixième ou le douzième jour. Cette pommade est jaunâtre; elle ne tache pas le linge et ne présente aucune odeur. La petite quantité de soufre se trouve tellement incorporée avec le savon et la potasse qu'elle n'exhale rien. Le soufre n'est là que comme absorbant, la potasse seule avec le savon donnerait un mélange trop liquide; aussi peut-on le remplacer, si l'on veut, par une autre poudre absorbante quelconque. Un seul inconvénient a été remarqué par l'usage de la pommade en question, c'est qu'elle excorie le derme chez les sujets à peau fine; on peut y remédier en en surveillant les effets et en modérant les doses et les frottements. Ces résultats de la pommade potassique semblent confirmer l'observation déjà ancienne, que les blanchisseurs sont préservés de la gale par le maniement continuel du savon.

Syphilis anale. — Quatre sujets se trouvent en ce moment dans les salles de M. Gimelle, atteints d'affection vénérienne primitive à l'anus; ce sont des jeunes gens à l'air timide qui présentent, l'un, des chancres au pourtour de l'anus et à l'entrée du rectum; l'autre une gonorrhée rectale et des végétations condylomateuses autour de l'anus; un troisième des végétations péri-anales, une rhagade à l'entrée du rectum et des chancres à la verge; un quatrième enfin des crêtes de coq autour de l'anus. Ces quatre individus présentent un enfoncement à cette ouverture, (anus infundibuliforme), condition présomptive d'habitudes honteuses. La chose cependant ne paraît incontestable que chez les deux premiers, les chancres et la blénorrhagie anale ne pouvant s'expliquer autrement que par une action immédiate. Les chancres sont aujourd'hui en voie de réparation, mais leur aire est indurée et ils semblent par leur coarctation retrécir l'ouverture sphinctérique. La gonorrhée a parcouru ses périodes ordinaires comme celle de l'urètre, elle touche à sa fin maintenant, mais les végétations condylomateuses sont vivaces, volumineuses, suppurantes et douloureuses. Tous ces malades sont soumis au traitement antisyphilitique comme s'il s'agissait de chancres secondaires, et malgré que le caractère chancreux n'était manifeste que chez l'un d'eux seulement. M. Gimelle regarde les condylomes comme un symptôme secondaire de chancres, et plus souvent encore comme consécutif à une blénorrhagie réactionnelle, c'est-à-dire capable de produire une vérole générale. Cette dernière assertion doit paraître étrange aux personnes qui n'attribuent la faculté d'infecter la constitution qu'au chancre seulement; mais c'est là une question diversement entendue dans l'état actuel de la science, et nous ne croyons pas devoir la traiter pour le moment. Quoiqu'il en soit, nous devons faire remarquer que les quatre malades dont nous venons de parler ont été promptement améliorés par les pansements avec la pommade mercurielle, et l'usage interne des pilules de proto-iodure de mercure; ils sont en pleine voie de guérison.

Syphilides anomales. Exostose cranienne. Parmi les cas curieux de vérole secondaire et tertiaire qu'on rencontre en ce moment au Gros-Caillou, nous appellerons l'attention sur une syphilide tuberculeuse qui affectait en origine toutes les apparences d'une varioloïde ou d'une varicelle. C'était sur un homme vigoureux qui avait eu six mois auparavant des chancres qu'on avait traités par les pilules iodo-mercurielles. A son entrée, il y a un mois, nous l'avions examiné; son éruption n'offrait rien de syphilitique et elle a dû être traitée comme une varicelle. Consécutivement cependant, les boutons ont formé des croûtes, et au dessous se sont engendrés des tubercules à base cuivrée qui ont trahi la véritable nature de la maladie. Dès lors le traitement à l'aide des pilules et des frictions mercurielles (huit grammes de pommade tous les deux jours) ont attaqué vigoureusement l'affection, et aujourd'hui le malade est presque complétement guéri. L'autre cas est relatif à une exostose de l'apophyse mastoïde du volume d'un œuf, chez un jeune homme atteint de chancres depuis deux mois et non encore cicatrisés; l'apophyse mastoïde du côté droit s'est gonflée, le pavillon auriculaire est devenu rouge et un écoulement s'est déclaré par le conduit auditif, avec céphalalgie intense. La peau de la tumeur était rouge et douloureuse, mais pas gonflée. On y a fait des frictions mercurielles; à l'instant l'exostose s'est épanouie et a triplé de volume dans l'espace de trois jours. On a cessé les frictions et son volume a diminué des deux tiers tout aussi promptement; on administre les pilules mercurielles et le malade va de

mieux en mieux. Ainsi, dans le premier cas il s'agit d'une syphilide anomale, trompeuse dans sa première période; dans le second, d'un symptôme tertiaire alors que la maladie primitive persistait encore. La seconde période s'était donc dans ce dernier cas passée inaperçue ou elle avait manqué tout à fait. Ce sont comme on le voit des cas assez rares.

Hôpital de la Charité (M. VELPEAU).

CAUSTIQUE NOUVEAU. — Dans une série d'expériences auxquelles il se livre depuis quelques temps sur l'action de différents caustiques potentiels, M. Velpeau s'est arrêté dernièrement à l'acide sulfurique solidifié à l'aide du safran, ce qui a paru donner des résultats dignes d'attention. Pour concréter l'acide sulfurique sous forme de pâte ductile, ou plutôt de pommade un peu consistante, non susceptible de fuser au-delà des limites qu'on lui a tracées, il a fallu passer par une foule d'essais et de tâtonnements; il s'agissait de trouver un corps ou des corps qui, associés au liquide minéral, concrèteraient celui-ci à l'état humide sans lui enlever ses qualités caustiques. L'amiante, le charbon, la farine, différentes autres substances, ont échoué. On s'est enfin arrêté au safran qu'on incorpore aisément en q. s. pour faire une pommade de consistance convenable. Le safran étant carbonisé par l'acide, il en résulte une pâte d'un beau noir qui rappelle l'encre de Chine, ou plutôt le cirage dont se servent certains bottiers. Cette pâte est servie dans un petit pot de faïence; le chirurgien la prend avec une spatule et l'étale sur la région malade comme du cérat un peu ferme; il en fait une couche épaisse de deux à quatre millim., plus ou moins, en arrondit les bords, en circonscrit les limites dans la périphérie même de la maladie et la laisse ainsi à l'air quelque temps, jusqu'à ce qu'elle se sèche. Une croûte se forme bientôt; on la couvre alors d'une compresse et d'une bande. Le caustique, restant dans le pot, ne peut reservir longtemps, l'acide sulfurique attirant avec avidité l'humidité atmosphérique; mais celui qu'on a appliqué sur les chairs forme une croûte dure, sonnante comme du charbon, parfaitement sèche et propre. On pourrait l'appeler *caustique œthiopique* ou *pommade mélanique cautérisante*. Voilà pour le mode d'application.

Quant aux résultats, nous avons sous les yeux les deux derniers malades traités à l'aide de cet agent. Le premier est un homme âgé, atteint d'une affection cancéroïde à la paupière inférieure du côté droit; M. Velpeau y a apposé une couche de la pommade sulfurique, l'y a modelée d'après la figure de l'ulcération dont la grandeur égalait celle de l'ongle du pouce, et l'y a laissée sécher. Le lendemain, on avait une croûte noire, sèche et dure, bornée dans la limite primitive et d'une profondeur dans les chairs égale à celle de la pommade elle-même. Vers le huitième ou dixième jour, l'escarrhe a commencé à se détacher comme une coque de marron rôti, laisant voir au dessous d'elle un bourgeonnement d'assez bonne nature. Elle est tombée complétement quelques jours après; le mal se trouvait détruit, mais sa place s'est couverte d'une croûte cornée au lieu d'une cicatrice franche, ce qui est sans doute indépendant du caustique; il faudra peut-être revenir à une nouvelle application. Le second malade est un jeune homme de 25 ans, charretier, de constitution cacochyme, atteint d'un cancer des plus formidables au pied droit; son mal avait commencé, il y a six ans, par un petit bouton, sorte de verrue, sur la face dorsale du gros orteil; une végétation maligne s'y est formée, pour laquelle on lui a coupé, en province, le gros orteil, il y a six mois; mais la plaie ne s'est point cicatrisée; une récidive horrible a eu lieu avec exubérance excessive de chairs fongueuses, fétides et dures, formant une masse du volume du poing et envahissant en même temps le second orteil et une partie du métatarse. Avec cela, malheureusement, il y avait en même temps des bubons cancéreux dans le mollet et à l'aîne, ce qui enlevait tout espoir d'une nouvelle opération sanglante. Dès lors, pour ne pas abandonner tout à fait ce malheureux à une mort si pressante, M. Velpeau a attaqué la masse cancéreuse du pied à l'aide de la pommade caustique. Il en a donc étalé à toute la surface une couche épaisse comme le doigt, ce qui a nécessité plus de 100 grammes de caustique (trois ou quatre onces); le lendemain, une escarrhe noire et dure, comme de l'ébène, couvrait la maladie; M. Velpeau a appliqué une nouvelle quantité de pommade à côté de la première. Le malade ne se plaint de rien.

L'on a remarqué avec satisfaction qu'aucun phénomène de résorption n'avait eu lieu, et qu'en outre le caustique avait pour effet d'enlever complétement cette odeur repoussante que le cancer exhalait jusque-là et qui infectait le malade et les personnes qui l'avoisinaient. On comprend, en effet, que le remède agit là chimiquement comme dans le procédé de carbonisation de MM. Flandin et Danger, pour découvrir l'arsenic contenu dans un viscère de cadavre. Nous dirons même que la puanteur du cancer se trouve chez ce malade remplacée par une sorte d'odeur qui n'a rien d'ingrat et que quelques personnes ont trouvée plutôt agréable. Nous ne saurions dire par quel travail chimique l'acide sulfurique exhale ici une pareille odeur, mais on peut affirmer que c'est moins désagréable que l'odeur du chlore, et l'on pourrait peut-être se servir utilement de la même pommade pour étouffer l'odeur de la gangrène, au lieu du chlore qui n'agit qu'à distance. L'acide sulfurique, en effet, prévient le dégagement des gaz fétides, tandis que le chlore n'opère qu'en leur présence, et toujours incomplétement dans les hôpitaux; sans compter d'ailleurs les inconvénients de la présence du chlore dans l'atmosphère. En attendant que de nouveaux faits nous permettent de mieux apprécier la bonté du nouvel agent, nous devons appeler l'attention sur trois conditions importantes, savoir : 1° la circonscription exacte de son action sur la limite tracée par la pommade; 2° le prompt détachement de l'escarrhe; 3° l'absence de resorption sérieuse.

Hôpital Saint-Louis (M. JOBERT).

FISTULE PÉNIENNE GRAVE. URÉTROPLASTIE. GUÉRISON. Dans l'avant-dernier numéro, page 264, nous avons donné, avec de grands détails, un cas de destruction d'une portion très considérable de l'urètre pénienne, évaluée à 8 ou 9 cent. Cette destruction formait une large brèche à toute la partie inférieure du pénis et donnait passage à la totalité de l'urine. Nous avons vu qu'une première tentative avait été faite par M. Jobert pour restaurer cette énorme caverne flottante, à l'aide d'un lambeau autoplastique emprunté au scrotum. Ce lambeau s'est gangrené en partie, l'ouverture s'est rétrécie un peu, mais le pénis s'est trouvé adhérer horizontalement, par sa face inférieure, contre les bourses, de sorte que si l'on eût prolongé cette adhérence jusqu'au gland, l'acte procréateur serait probablement devenu impossible. Dans une seconde opération, que M. Jobert a pratiquée dernièrement chez ce

malade, il a disséqué hardiment la portion adhérente de la verge, rafraîchi les bords de la brèche, taillé un grand lambeau sur le scrotum, vers la racine de la verge, ayant sa base en bas, qu'il a disséqué, relevé et appliqué contre la fistule; il l'a fixé à l'aide d'épingles et de points de suture, et soutenu au moyen de plaques d'amadou; une grosse sonde de gomme elastique a été placée en permanence dans la vessie. Cette fois, le lambeau s'est parfaitement recollé, l'ouverture s'est bouchée, et aujourd'hui, six semaines après l'opération, le malade quitte l'hôpital complétement guéri. Le nouveau canal est très bien organisé; la sonde y passe, ainsi que l'urine, très librement; la verge est elle-même libre de toute adhérence anormale et se trouve dans ses conditions naturelles. Ainsi une perte de deux à trois pouces du canal de l'urètre s'est trouvée restaurée chez ce malade à l'aide de l'autoplastie. Ce fait est le plus important peut-être, parmi ceux de haute chirurgie qui se sont présentés cette année dans les hôpitaux de Paris; il offre à la thérapeut que l'exemple d'une ressource à laquelle on n'osait pas recourir, et soulève en même temps la question de savoir si l'autoplastie ne doit pas être préférée, dans ces cas, à la boutonnière qu'on avait recommandée dans ces derniers temps. Si l'on considère, d'une part, que la guérison qu'on obtient par le secours de la boutonnière, comme mesure de détournement de l'urine, et de la suture, s'accompagne inévitablement d'un rétrécissement plus ou moins fâcheux du canal; de l'autre, que la boutonnière elle-même devient une infirmité difficile à guérir, sans compter d'ailleurs les dangers de cette dernière opération, on n'hésitera pas à accorder à l'autoplastie tous les avantages sur l'autre. Ce fait, au reste, n'est pas le seul en faveur de l'autoplastie pénienne, car, il y a quelque temps, nous avons rapporté un exemple pareil; et, d'autre part, nous avons cité aussi un cas du service de M. Jobert, de fistules périnéales, analogues à celle de la boutonnière, et dont la guérison a présenté d'immenses difficultés et un temps extrêmement long.

ANUS CONTRE-NATURE GRAVE. GUÉRISON A L'AIDE DE LA SUTURE. — Un homme atteint d'anus contre-nature, dont nous avons décrit fort au long les conditions présentes et l'historique, avait subi, ainsi que nous l'avons vu (août 1844, p. 181), l'entérotomie d'abord inutilement, puis l'autoplastie sans plus d'avantage. Le lambeau que M. Jobert avait taillé sur le flanc et appliqué sur la brèche s'est gangrené, et après bien des souffrances et des dangers, le malade était revenu à son infirmité primitive; presque toutes les matières fécales se précipitaient par l'ouverture accidentelle; la puanteur était insupportable, et ce malheureux s'adonnait au désespoir. Après l'autoplastie infructueuse, l'ouverture inguinale s'est cependant rétrécie un peu par le seul fait de la suppuration de ses bords et du travail de coarctation du tissu inodulaire, ce qui a fait passer un peu plus qu'avant, de matières fécales par l'anus naturel. Dernièrement, M. Jobert a voulu essayer encore quelque chose pour soulager ce malheureux; il s'est tout simplement contenté de rafraîchir les bords, en enlevant avec un bistouri et des pinces une petite languette circulaire de la brèche fétide, et de les réunir ensuite comme un bec-de-lièvre à l'aide d'épingles et de fils en 8. Cette fois le résulat a été heureux, les bords tégumentaires se sont recollés et cicatricés ensemble dans les cinq sixièmes de leur étendue, et l'énorme foyer stercoral s'est trouvé converti en une petite fistule peu importante qui sera guérie à son tour. En attendant, les matières fécales ont repris en totalité le cours de leur voie naturelle, et le malade se trouve en peu de temps, et par une opération très simple, débarrassé d'une dégoûtante infirmité. Son état général s'est de suite amélioré, et il peut être approché sans exhaler cette horrible puanteur qui compromettait son existence. On voit aujourd'hui, quand il va à la garde-robe, l'endroit de la cicatrice se gonfler considérablement par le passage sous-cutané des matières stercorales. On soutient la région avec une pelotte herniaire; la peau et la cicatrice paraissent se solidifier de plus en plus; de sorte que la guérison, qui date déjà de deux mois, paraît se consolider.

— L'application de l'entérotome avait échoué chez ce malade, par la raison peut-être qu'on avait affaire à une hernie dont l'infundibulum péritonéal avait été détruit par la gangrène. On comprend, en effet, qu'après la destruction de l'éperon inter-intestinal, les matières fécales ne rencontrant pas le diverticulum séreux qui leur sert de conduit pour passer du bout supérieur dans l'inférieur doivent s'extravaser en dehors de la plaie avec une grande facilité. Aussi passaient-elles presque en totalité par l'ouverture extérieure. Par suite de ces conditions, l'on pouvait regarder comme peu favorables les tentatives autoplastiques. Le résultat cependant a prouvé que le chirurgien n'avait pas trop présumé de la réussite de son entreprise.

FRACTURE TRANSVERSE DE LA ROTULE. — Dans deux cas de fracture transverse de la rotule qui se trouvent en ce moment dans le service de M. Jobert, ce praticien s'est contenté pour tout appareil de fixer le membre dans la position horizontale comme dans les fractures simples de la jambe, à l'aide d'un simple lacq extenseur au pied et d'un autre contre-extenseur autour du bassin. Aucun bandage n'a été posé autour du genou pour le rapprochement des fragments. La guérison s'est opérée tout aussi bien que par les appareils forcés dont on fait usage communément, c'est-à-dire avec un petit écartement et une substance fibreuse intermédiaire, ce qui n'empêche pas les fonctions du membre de s'exécuter parfaitement. M. Jobert pense que par la position élevée à l'aide d'un plan incliné qu'on prescrit communément, on ne guérit pas mieux que par la position horizontale, et l'on produit inutilement beaucoup de souffrance, car la position élevée est très incommode. Ce résultat déjoue en vérité toutes les théories qu'on a avancées sur le traitement de ces fractures!

Écrasement du gros orteil. Traitement conservateur. — Un manœuvre, agé de 50 ans environ, avait eu les deux premiers orteils écrasés par la chute d'un corps lourd sur cette partie. A son entrée à l'hopital, on trouve le gros orteil fracturé comminutivement, avec plaie, dans la première phalange; le second orteil était gangréné. M. Jobert a amputé celui-ci et conservé l'autre, en l'entourant d'un appareil conve-

nable. La plaie de l'orteil amputé a été plusieurs fois frappée de pourriture d'hôpital et cautérisée; un travail érysipélateux et un commencement de fusée purulente vers la face dorsale du tarse, ont donné de l'alarme sur la marche possible des choses; mais à force de pansements soignés, de fomentations camphrées et quininées, on a fini par triompher de ces accidents, et l'on a eu la satisfaction de voir guérir non seulement cette plaie, mais aussi celle du gros orteil, et la fracture de celui-ci se consolider parfaitement. Le malade a guéri en conservant son gros orteil. — Il y a une grande différence entre les fractures des membres volumineux et celles des appendices, ou plutôt des orteils et des doigts. Ici des lésions fort graves guérissent sans accidents, que la lésion pénètre ou non dans les petites articulations. Aussi importe-t-il d'être essentiellement conservateur dans ces circonstances, et de n'en venir à l'amputation que dans les cas extrêmes seulement. Bien des chirurgiens auraient sans doute excisé l'orteil qu'on vient de voir; le résultat cependant a prouvé qu'on aurait mal fait. On ne saurait trop recommander cette pratique conservatrice sur laquelle nous revenons sans cesse, parce qu'elle est un véritable bienfait qui honore la chirurgie de notre époque. Cette proposition s'applique non seulement aux lésions traumatiques, mais aussi aux lésions organiques spontannées, ainsi que nous le verrons dans un autre article.

Hôtel-Dieu (M. Roux).

Sarcocèle syphilitique. — Un homme âgé d'une quarantaine d'années à été couché dans la salle Sainte-Marthe pour être traité d'une hypertrophie considérable du testicule gauche. Cet organe est au moins cinq à six fois plus gros que dans l'état naturel; sa forme est ovoïde, sa consistance un peu pulpeuse, élastique, analogue à celle du caoutchouc ramolli; il n'y a pas de liquide dans la vaginale et l'épidydyme est compris dans la masse. Le palpement avec les doigts n'y détermine pas de douleur quand on serre la partie supérieure de la tumeur près du cordon. Le cordon et les tissus environnants paraissent engorgés; pas de ganglions morbides à l'aine, ni dans la fosse iliaque; la peau des bourses est un peu rouge; la masse soupésée dans la main est passablement lourde. La maladie existe depuis plusieurs mois; elle s'est déclarée spontanément, sans lésion traumatique, et existe sans douleur. La santé générale est excellente. Le commémoratif a appris que ce patient avait eu des chancres vénériens, et qu'il y a quelques mois l'autre testicule s'était gonflé comme celui qu'on avait sous les yeux; ce gonflement avait été jugé syphilitique, et avait été guéri par un traitement mercuriel général et local. Ces données ont dû faire caractériser la maladie actuelle comme de nature vénérienne. M. Roux a prescrit des frictions de pommade napolitaine et la liqueur de Van-Swieten intérieurement: cependant, un examen du reste de l'économie n'a démontré aucune autre trace de syphilis, ce qui ne veut point dire que le diagnostic précédent soit inexact.

—Presque tous les syphilographes ont parlé du sarcocèle syphilitique, autrement dit testicule vénérien, et qu'on ne doit pas confondre avec l'orchite blénorrhagique; mais on chercherait en vain dans les auteurs une description de l'état de l'organe d'après l'inspection anatomique; c'est que cette maladie n'entraîne pas la mort, elle se guérit presque toujours, et l'on n'a pas aisément des occasions de constater l'état des parties, le scalpel à la main. Aussi l'anatomie pathologique de cette tumeur est encore à faire. Nous avons dû cependant nous demander quelles étaient les conditions matérielles du sarcocèle syphilitique, et nous aurions été dans l'impossibilité de répondre à cette question sans les remarques suivantes d'Astley Cooper: « Quand le virus vénérien détermine, dit-il, une maladie du testicule, il est probable qu'il affecte l'élément fibreux; par exemple, la tunique albuginée; de là, il s'étend dans les prolongements fibreux intérieurs, mais non dans la partie tubuleuse. J'accorde que cette proposition est hypothétique, mais je suis porté à admettre l'opinion que je viens d'exposer, en considérant la texture de cette membrane qui est extrêmement ressamblante au périoste par sa nature fibreuse, et en ayant égard à la promptitude avec laquelle se rétablit complétement l'état sain de l'organe; mais je désire que l'on sache que je n'ai eu aucune occasion de disséquer des testicules affectés de cette maladie » (Œuv. chir. p. 457). Cela veut dire, en d'autres termes, que la maladie en question est un symptôme tertiaire de la syphilis et qu'elle veut être traitée à l'aide de l'iodure de potassium. On en trouve en ce moment un exemple pareil dans les salles de M. Blandin, un troisième dans le service de M. Gimelle. Les mercuriaux cependant le guérissent parfaitement.

Sarcocèle tuberculeux. — Un malade, âgé de 45 ans, que M. Roux vient d'opérer d'un sarcocèle, a présenté une circonstance remarquable et qui mérite d'être signalée. La tumeur testiculaire, du volume d'un gros poing d'adulte, semblait, au prime-abord, se prolonger le long du cordon jusqu'à l'anneau inguinal et au-delà; de sorte qu'on l'aurait jugée inopérable. Un examen attentif, cependant, a démontré que la portion inguinale de la tumeur, dont le volume égalait celui d'un citron, contenait du liquide; M. Roux a déclaré de suite que la tumeur inguinale était une hydrocèle formée aux dépens de la portion supérieure de la vaginale testiculaire, distendue jusqu'à l'anneau, et qu'il avait déjà rencontré une pareille complication. Une ponction exploratrice dans la tumeur supérieure a, en effet, rendu un liquide clair, de couleur jaune, ce qui a affaissé cette tumeur sans changer le volume de celle du testicule. Le lendemain, le liquide s'était reproduit. La tumeur du testicule était lisse, pesante, pulpeuse comme un encéphaloïde, de forme ovalaire, douloureuse et sur le point de suppurer à son extrémité supérieure. On était loin de s'attendre que ce sarcocèle fût de nature tuberculeuse. A la dissection, cependant, on a trouvé une masse mollasse, formée par le parenchyme testiculaire énormément hypertrophié, présentant encore des restes appréciables de sa structure normale, et entrelardé dans tout son intérieur de tubercules en

suppuration, de volume variable depuis un pois jusqu'à une cerise ou une amande. M. Roux l'a opéré en vidant d'abord la tumeur aqueuse, puis il a pratiqué une double incision ovalaire afin d'enlever un excès de peau, disséqué la tumeur et coupé le cordon en le tenant pincé entre ses doigts ; enfin lié les artères du cordon isolément, etc.

Gangrène du scrotum. Bubons intra-pelviens. — Un maçon, âgé de quarante ans passés, est tombé à califourchon sur une poutre et s'est frappé violemment au scrotum. Il en est résulté une hématocèle, et par suite, la mortification de la peau des bourses. Une escarre énorme s'est détachée et a laissé les deux testicules à nu. Ces deux organes pendent aux aines à découvert, offrant cependant leurs enveloppes immédiates parsemées de bourgeons charnus de couleur très rouge. Le travail phlogistique a marché le long du cordon spermatique gauche d'abord, et un gros abcès phlegmoneux s'est formé dans la fosse iliaque de ce côté ; puis un autre abcès pareil s'est formé dans la fosse iliaque du côté opposé ; M. Roux les a ouverts largement. Le malade cependant semble tomber dans le marasme, il éprouve une sorte de fièvre consomptive; ses plèvres, et peut-être aussi son péritoine, paraissent prendre part à la réaction phlogistique, et il n'est pas improbable qu'il succombât. La circonstance la plus remarquable dans ce fait, c'est la propagation de l'inflammation le long des cordons et la formation de deux bubons dans les fosses iliaques. On comprend, d'après ce que nous avons dit, pourquoi les choses se passent ainsi, pourquoi au lieu de deux bubons inguinaux qu'on aurait eu infailliblement si l'affection du scrotum était vénérienne, on se trouve en présence d'une réaction locale beaucoup plus grave, puisqu'elle a marché vers la cavité abdominale. Il est remarquable au reste, qu'avec un tel état de choses, les testicules, qui conservent assurément leurs membranes propres (tissus périididymiques de M. Roux), savoir la vaginale et l'albuginée, membranes dont l'extérieure est évidemment enflammée, puisqu'elle suppure et qu'elle est couverte de bourgeons vermeils, ne soient pas plus volumineux que dans l'état naturel, et n'offrent rien d'analogue à l'épididymite blénorrhagique. On dirait que dans cette dernière affection le mal opère d'après une action élective, et l'on peut en dire autant de l'inflammation simple, puisqu'elle n'attaque pas les mêmes tissus que celle-là. On voit déjà que, sans rien offrir de bien neuf, cette observation se prête à des considérations d'un véritable intérêt pratique.

Hôpital Beaujon (M. Robert).

Lipome de la main. Cas rare. — Un jeune homme, garçon boucher, âgé de 27 ans, robuste, bien portant, a été reçu le 8 octobre, dans les salles de M. Robert, pour une tumeur à la paume de la main droite, précisément vers le bord cubital, s'offrant dans les conditions suivantes : volume d'une demi-orange; longueur, 9 cent. ; largeur, 7 cent. ; forme pyramidale, ou plutôt cordiforme; s'étend depuis deux travers de doigts au dessous de l'origine de l'éminence hypothénar, jusqu'au milieu de la face palmaire du petit doigt; et en largeur, depuis le bord cubital de la main jusqu'au niveau de la racine du doigt médius ; sans changement de couleur à la peau qui est seulement amincie et distendue, ayant conservé les traces des sillons palmaires; molle et élastique au toucher, présente une sorte de crépitation ou de frottement quand on la presse, ce qui rappelle les kystes séreux remplis de corpuscules hordéiformes; pas de transparence. Elle paraît sous-cutanée, placée au devant des tendons palmaires, le petit doigt est légèrement fléchi; sa forme est trilobée; ces lobes sont séparés par des sillons assez sensibles. Telles sont les conditions appréciables de la maladie. Le commémoratif a appris que la tumeur s'était déclarée sans cause connue, à l'âge de 12 ans, par une petite grosseur du volume d'un noyau de cerise au dessous de l'éminence hypothénar. Pendant de longues années, elle était restée stationnaire ou n'avait fait que des progrès peu sensibles; mais il y a deux ou trois ans, elle commença à augmenter et arriva rapidement à un volume considérable; une douleur s'adjoignit au côté interne de l'avant-bras, sur tout son bord cubital; cette douleur augmentait quand le patient voulait saisir et surtout serrer un corps dans la main Au reste, elle était habituellement indolente, mais son volume était journellement progressif.

Le diagnostic était difficile. Etait-ce un kyste? un lipome? un encephaloïde? une masse fibreuse ou squirrheuse? L'idée à laquelle M. Robert s'est arrêté d'abord, est celle d'un kyste séreux hydatifère, à cause du bruit de frottement que le toucher communiquait. Cette croyance a été partagée par M. Marjolin, qui a examiné le malade. Il a été en conséquence décidé qu'une ponction exploratrice serait faite avec un trois quarts fin ; et si cette présomption s'y trouvait confirmée, de vider le liquide, d'y injecter de la teinture d'iode et d'y exercer une compression douce; que si, plus tard, il survenait de l'inflammation, la poche serait largement ouverte et soumise aux irrigations continues d'eau froide. Cette ponction n'a rien donné, et la canule du trois quarts n'a pu exécuter aucun mouvement dans la tumeur, ce qui a fait reconnaître l'existence d'une masse solide. M. Robert a alors pratiqué, le 10 octobre, une incision cruciale sur la tumeur, a disséqué les lambeaux et y a trouvé un lipome d'une disposition assez singulière et que nous allons décrire. La tumeur a été enlevée, partie par discession, partie par énucléation, sans intéresser ni les tendons, ni l'aponévrose palmaire, ni aucun vaisseau important. La peau des quatre lambeaux s'est trouvée trop abondante au moment de l'opération, mais l'opérateur n'a pas cru devoir en exciser une partie dans la crainte d'en manquer plus tard, après sa rétraction, et de voir la cicatrice attirer vers elle le petit doigt et peut-être aussi le bord cubital de la main. La plaie a été soumise à l'irrigation continue d'eau froide, et les choses se sont parfaitement passées. Les lambeaux, qui d'abord paraissaient le double plus grands, qu'ils ne devaient être, se sont petit à petit retirés. Comme ils offraient de la tendance à se racoquevillier du côté de la plaie, on s'est contenté de les soutenir relevés avec un peu de charpie dans le fond de la plaie; puis leur épiderme, qui était très épais, s'est exfolié par grandes squammes, et, le derme qui était coriace, s'est ramolli et est revenu sur lui-même; de sorte qu'aujourd'hui, 20 octobre, les lambeaux offrent juste la longueur qu'on pouvait désirer et la guérison est parfaite. La tumeur se compose de deux lipomes emboités l'un dans l'autre; la portion inférieure ou basique et qu'on pourrait nommer emboîtante, est plate, offre une grande gouttière dans son milieu, et pourrait être comparée à un demi-gros œuf bouilli, dont on aurait enlevé le jaune ; l'autre portion était parfaitement distincte, a la forme d'un petit cylindre analogue à un pis de vache, est en-

châssée dans la gouttière mitoyenne de la tumeur précédente et dans une direction parallèle au bord cubital de la main. La seconde portion était tout à fait mobile et libre dans la gouttière, de sorte que, quand on serrait la tumeur par deux côtés opposés de la base, la partie emboîtée s'échappait en haut, et produisait une sorte de bruit analogue à celui qu'on détermine en comprimant fortement et par secousses les parois thoraciques d'un petit oiseau mort. En outre, la portion centrale qui s'échappait ainsi venait heurter les doigts posés sur la peau, et donnait la double sensation de fluctuation et de crépitation qu'on connaît à certains kystes du poignet. Toutes ces circonstances réunies ont jeté sur l'étude de ce fait, un grand intérêt pratique.

— La science possède à peine quelques exemples de tumeurs lipomateuses à la paume de la main. Nous en avions cependant rencontré deux exemples, à la clinique de M. Dupuytren, et nous avions publié une note à ce sujet dans la Gazette méd. de Paris (1834) ; ces deux tumeurs existaient aussi vers la partie interne du talon de la main, mais leur volume n'était pas plus considérable que celui d'un gros marron. On trouve, dans la Clinique chirurgicale de Pelletan, un cas remarquable de ce genre; le lipome existait à la face palmaire du pouce, il fût opéré par Dupuytren. Dans le cas de M. Robert, deux circonstances offrent surtout une grande importance, les éléments équivoques du diagnostic et les conditions des lambeaux, après l'opération. L'idée d'un lipome s'était présentée, mais la fausse fluctuation crépitante que présentait la tumeur avait dû la faire abandonner. M. Robert a appelé avec raison l'attention sur la forme lobulée de la masse; c'est là un caractère constant des lipomes. En passant en revue plusieurs cas de tumeurs à diagnostic douteux, il a trouvé que toujours, lorsque la tumeur était lipomateuse, elle avait offert une surface *lobulée*. Il ne s'ensuit pas, cependant, que toute la tumeur lobulée à la surface soit un lipome ; mais, lorsque ce caractère n'existe pas, on peut dire, d'après M. Robert, qu'il ne s'agit pas d'un lipome. Un autre point important de diagnostic consiste à empoigner la tumeur à pleine main dans l'exploration, pour s'assurer s'il s'agit d'une masse solide ou liquide. En l'ébranlant en masse, la grosseur trompe moins facilement qu'en la touchant en détail. Il y a au reste sur cette question tant de difficultés à chaque variété, que sa solution absolue pourrait être à chaque instant démentie par des cas que l'on appelle exceptionnels, et qui pourtant sont très fréquents.

Hôpital de la Charité (M. Gerdy).

Hydropisie de la gaîne du muscle jambier postérieur. — Pierre Fourriez, 27 ans, tailleur de pierre, a été reçu le 30 octobre, pour être traité d'une affection au pied du côté droit. Au commencement du même mois, il avait contracté une urétrite qui n'avait jamais été bien douloureuse, cependant l'écoulement était très abondant. Bientôt il éprouva des douleurs dans le pied droit, se faisant principalement sentir le soir, surtout lorsque le malade avait beaucoup marché, mais l'écoulement avait beaucoup diminué à l'époque de l'entrée du patient à l'hôpital. A l'examen on trouve en effet cette affection à l'état indolore. La malléole interne du pied malade est peu prononcée, les parties voisines, surtout en arrière et en bas, sont tuméfiées. Cette tuméfaction est digitiforme, contourne la malléole en arrière, et suit le trajet du muscle jambier postérieur; elle est fluctuante dans un trajet de plus de huit centimètres. Les parties environnantes sont aussi tuméfiées, rouges et chaudes, la pression y produit de la douleur, ainsi que la station debout. (Ventouses scarifiées, cataplasmes, bains) Le 5 novembre, le gonflement a diminué; l'écoulement uretral est plus abondant; (copahu). Le 7, l'écoulement diminue, le pied reste dans le même état; (ventouses, cataplasmes, copahu). Le 10, l'écoulement a disparu, mais il reste encore du liquide dans la gaîne du jambier postérieur; néanmoins le malade est beaucoup mieux (vésicatoire volant, copahu). La guérison ne tardera pas à s'accomplir, mais il n'est pas certain que l'affection ne se reproduira pas.

— Il y a quelques mois, nous avons rapporté un fait analogue au précédent. Il s'agit, comme on le voit, d'une affection rare et qui n'a pas encore été suffisamment étudiée. On ne peut y voir qu'une synovité avec épanchement, analogue aux hydrarthroses qui succèdent quelquefois aux blénorrhagies. Cela ne veut pas dire cependant que d'autres causes ne la produisent également. Nous avons vu, au reste, dans un cas de M. Velpeau, que la ponction n'avait pas suffi pour guérir la maladie, puisque l'hydropisie s'est reproduite. Cela doit être tant que la condition dynamique c'est-à-dire l'irritation phlogistique de la gaîne, n'est pas enlevée; aussi doit-on tenir comme parfaitement indiquée la médication qu'on vient de lire dans l'observation de M. Gerdy.

Nécrose de la première phalange du gros orteil. *Traitement conservateur.* — Martin, Antoine, 35 ans, farinier, a été reçu le 5 novembre pour un gonflement fistuleux chronique du gros orteil du côté droit. Habituellement bien portant, cet homme est fort et bien constitué. Sa maladie a commencé par une irritation causée par un durillon qui lui causait quelques douleurs en marchant (c'était en 1841). Bientôt il s'y joignit du gonflement, de la rougeur, de la chaleur, des élancements; tout le pied se tuméfia. Cependant le malade continait à marcher. Plus tard, du pus se fit jour à travers la peau de l'orteil, et le malade se trouva soulagé. Le trajet cependant demeura fistuleux, et l'orteil resta tuméfié. Enfin, en octobre 1844, les accidents s'accrurent, et le malade s'est fait recevoir à l'hôpital. A l'examen, on a trouvé l'état suivant : Le gros orteil a deux fois le volume de celui du côté sain, il est d'une dureté presque cartilagineuse; la peau est légèrement rouge et présente en bas, au pli formé par l'union de la premiére avec la seconde phalange, une ouverture irrégulière, par laquelle s'écoule un pus roussâtre, mal lié, et à travers laquelle on peut introduire un stylet et sentir un os dénudé et rugueux. La partie malade est peu douloureuse. La santé générale est bonne.

M. Gerdy, au lieu de le sacrifier, a essayé de le conserver; il a pratiqué une large incision à la partie inférieure, qu'il a prolongée jusqu'aux surfaces osseuses malades. La partie postérieure de la première phalange est malade, entièrement décollée du reste de l'os; M. Gerdy l'a enlevée très facilement; c'est une sorte de rondelle osseuse analogue à une pièce de deux sous, et qui comprend toute la partie articulaire de la phalange, comme s'il y avait décollement de l'épiphyse. cette partie est rugeuse, entièrement dépourvue de cartilage articulaire. Les autres parties osseuses ne paraissent point malades. Le métatarsien est à nu, mais pas rugueux. On

panse tous les jours la plaie en introduisant de la charpie jusque sur les os, et l'on espère le guérir sans amputation.

— Nous avons, il y a quelque temps, consacré un article aux idées de M. Gerdy sur la carie des petites articulations. Nous avons vu que la guérison pouvait souvent être obtenue dans ces cas sans opération, et nous en avons cité des exemples. La même pratique conservatrice est appliquée par M. Gerdy à la nécrose des phalanges ; l'exemple précédent est une preuve de sa bonté. Bien qu'à la vérité le malade ne soit pas encore guéri, nous pouvons invoquer d'autres cas où cette pratique a été suivie de succès. Un exemple de cette espèce se trouve en ce moment à la clinique de M. Lisfranc, nous en avons donné les détails dans le dernier numéro. Nous en avons vu dernièrement un autre à la Charité, pendant l'intérim de M. Chassaignac, il s'agissait d'un homme qui avait eu un panaris de la coulisse tendineuse palmonaire au doigt médius du côté droit, la première phalange paraissait intéressée, son articulation avec le métacarpien correspondant présentait un frottement douloureux qui énonçait un travail d'érosion grave; on a tenu le malade en observation pendant quelque temps en attendant de prendre un parti; sur ces entrefaites, une sorte d'ankylose s'est déclarée et le malade est sorti guéri, en conservant son doigt. Sans doute qu'on n'est pas toujours aussi heureux pour réussir dans cette œuvre conservatrice, mais notre devoir à nous est de la tenter quand cela se peut sans inconvénient.

Hypertrophie du tissu cellulaire des aisselles. *Fluctuation trompeuse.* — Kerly, Antoine, âgé de 22 ans, tailleur, a été reçu le 22 octobre pour un gonflement considérable qu'il porte depuis deux ans dans chaque aisselle. Sa constitution est évidemment scrofuleuse. A l'examen, on trouve dans chaque aisselle une tumeur du volume du poing, formée non par des ganglions, comme chez les sujets scrofuleux, mais bien par du tissu cellulaire hypertrophié. Chacune de ces tumeurs offre de la fluctuation apparente; elle est d'ailleurs indolente, sans chaleur anormale ni changement de couleur à la peau. Le creux axillaire en est complétement rempli, et les muscles grands pectoraux en sont soulevés. Croyant à l'existence d'un liquide, M. Gerdy y a enfoncé une lancette; mais il n'en est rien sorti que du tissu cellulaire. Il a été dès lors évident qu'il s'agissait d'une simple hypertrophie. Pendant que ce patient était tenu ainsi en observation, il a été saisi d'une attaque d'hémoptysie; l'inspection cependant de la poitrine n'a dévoilé aucune lésion appréciable dans le poumon. M. Gerdy a dirigé ce malade à l'hôpital Saint-Louis pour subir un traitement antiscrofuleux.

— Une première circonstance importante dans cette observation, c'est la fausse fluctuation, capable de tromper un chirurgien exercé. Nous avions déjà rencontré les mêmes apparences dans certaines affections du sein chez la femme, lesquelles s'irradient jusqu'à l'aisselle. Ensuite, on peut dire que la maladie elle-même offre quelque chose d'insolite, car ce n'est pas ainsi que la scrofule se manifeste ordinairement. Nous parlons de scrofule, mais qu'en savons-nous, puisque le système lymphatique ne présentait rien d'apparent chez cet individu? Ne pourrait-on pas dire que ces deux grosseurs ne sont peut-être que deux germes d'abcès froids qui se développeront à la longue? Y a-t-il quelque connexion entre l'existence de ces tumeurs et la congestion pulmonaire présumable d'après l'hémoptysie? Il serait difficile de repondre péremptoirement à ces questions, du moins quant à présent. Il est douteux néanmoins qu'il s'agisse, chez ce malade, d'une affection scrofuleuse ordinaire.

PROPOSITIONS CLINIQUES.

Médecine opératoire. — D'après M. Jobert, quand on attaque une nécrose des membres, soit par la simple dénudation, soit par le trépan, on peut se conduire de la manière suivante, si l'on veut éviter l'excision des parties molles, ce qui entraîne toujours des cicatrices étendues, incommodes et difficiles à obtenir. On pratique une simple incision longitudinale dans la direction des trajets fistuleux, puis, à chaque extrémité de cette incision, on en fait deux autres en forme d'un V; de sorte qu'on a en tout cinq incisions représentées par deux V réunies par leurs angles. En disséquant les parties on obtient deux énormes lambeaux qui s'ouvrent entre eux comme les deux battants d'une porte; cela permet d'attaquer à loisir l'os malade sans excision des parties molles, et d'obtenir, plus tard, une cicatrice linéaire facile. On peut appliquer, à des tumeurs diverses et à d'autres cas encore ce mode opératoire, et réunir ensuite, par première intention, les deux grands parallélogrammes.

— *Fractures non réunies.* — D'après M. Roux, la cause la plus fréquente de la non réunion des fractures, est l'action directe de la lésion. En d'autres termes, ce sont les fractures par action immédiate qui ne se consolident pas le plus souvent. On dirait que la contusion des parties molles et dures à l'endroit de la fracture, indispose tellement les parties qu'elles perdent l'aptitude à former un cal solide, malgré que la constitution soit bonne d'ailleurs; nous avons eu plusieurs fois l'occasion de vérifier l'exactitude de cette remarque.

—*Coups de feu à la cuisse.* D'après M. Lisfranc, on a eu tort de poser en principe que les fractures par coups de feu à la cuisse réclament impérieusement, toujours, l'amputation. On voit en ce moment, à la Pitié, une fracture de ce genre guérie sans amputation, bien qu'avec raccourcissement; et M. Lisfranc peut citer d'autres exemples pareils. Il est vrai que souvent il y reste des fistules incurables, mais cette infirmité est supportable et le membre n'en est pas moins utilement conservé.

— *Hydrocèle testiculaire.* L'injection iodée, qui avait d'abord paru si avantageuse dans le traitement de cette maladie, perd de jour en jour de ses partisans. Un chirurgien distingué de la marine, M. Guépratte, l'a dernièrement attaquée vigoureusement d'après les faits mêmes qu'il a observés à la clinique de la Charité, et il paraît pencher pour les injections vineuses comme plus expéditives et tout aussi efficaces, au moins, que la teinture iodée. MM Blandin et Jobert, ont déclaré que l'injection iodée exige plus de temps pour la guérison que le vin, et elle expose plus que les autres à la récidive. Telle est aussi l'opinion de M. Denonvillers. D'autres attribuent d'autres défauts encore à l'injection iodée, et, à la vérité, le vin chaud réussit si bien généralement, qu'on ne voit pas la nécessité ni les avantages réels de cette innovation dans le traitement de l'hydrocèle. L'injection iodée cependant n'en reste pas moins comme un fait important acquis à la pratique pour une foule de cas chirurgicaux.

—*Surdité chez les enfants.*— On ne doit pas désespérer de guérir, chez les enfants, la surdité accidentelle, occasionnée par une otite chronique, même dans les cas où l'apophyse mastoïde est cariée et laisse échapper l'air du tympan. Un jeune homme, des salles de M. Gerdy, dont nous avons plusieurs fois entretenu nos lecteurs, était complétement sourd du côté gauche, le conduit auditif était fort rétréci, une ouverture fistuleuse, suppurante, existait derrière le pavillon, et quand le patient soufflait l'air sortait par cette ouverture. On a dilaté le conduit auditif à l'aide d'éponges préparées, on a appliqué des émollients sur la fistule et traité la constitution par des remèdes antiscrofuleux. Après plusieurs mois de ce traitement, l'état général s'est amélioré et l'audition a commencé à reparaître ; le patient est sorti dans un état assez satifaisant, la surdité étant dissipée en bonne partie.

—*Luxations anciennes de l'avant-bras.* — D'après M. Velpeau, les luxations de l'avant-bras en arrière, qu'on n'a pas réduites, n'entraînent pas de grands désordres dans les fonctions du membre. Aussi renonce-t-il au projet de les réduire après le sixième mois de leur existence. Une femme âgée d'une cinquantaine d'années, qui se trouve en ce moment à la Charité, offre un exemple remarquable de ce cas; sa luxatiou existe à droite et date de 26 ans ; elle se sert parfaitement de son membre comme s'il n'était pas luxé; la difformité elle-même n'est pas bien prononcée, si ce n'est que l'avant-bras est un peu plus court que l'autre et que l'extension n'est pas tout à fait complète.

—Fractures. Plusieurs fracturés à la jambe se trouvent, en ce moment dans le service de M Lisfranc ; ils nous ont fourni deux remarques pratiques, de quelque intérêt. La première c'est qu'en arrivant à l'hôpital ces sortes de blessés sont couchés et maintenus sans appareil pendant plusieurs jours ; on combat la réaction inflammatoire, on surveille les parties et l'on attend le désenflement du membre pour poser un appareil. M. Lisfranc trouve en cela l'avantage de diriger à loisir la réaction et de prévenir les accidents. La seconde, c'est que la position que M. Lisfranc choisit pour coucher définitivement le membre au moment de la pose de l'appareil est variable selon la forme de la fracture et la disposition particulière des fragments ; cette position est déterminée à *posteriori*, selon les difficultées qui se présentent à la réduction. On commence par mettre le membre dans la position horizontale et l'on essaie de réduire. Si la réduction s'accomplit aisément et se maintient sans de grands efforts, on persévère dans cette position ; dans le cas contraire on a recours à la position demi-fléchie, en élevant la jambe sur des coussins ; et si dans cette position la réduction n'était pas mieux, on revient à la première, ou bien on couche le membre sur le côté, ainsi que le voulait Bell. Ce double principe de l'époque tardive de l'appareil et de la position du membre selon les cas, n'est pas nouveau comme on sait, Monteggia s'en est déclaré partisan ; mais on ne le suit pas généralement de nos jours ; aussi avons-nous trouvé utile de le rappeler, puisque la grande expérience de M. Lisfranc l'a consacré comme une chose avantageuse.

— *La solution saturée d'alun* réussit constamment à M. Gerdy pour la guérison de l'hydrocèle par injection.

BULLETIN OPHTHALMOLOGIQUE

DES HOPITAUX.

Luxation traumatique de l'oeil. *Gangrène de l'hémisphère antérieur de cet organe* (M. Jobert). — Le nommé Auguste Bariller, âgé de 32 ans, garçon de magasin, bien constitué et habituellement bien portant, voulant se baisser vivement pour saisir un chien, se frappa à l'œil droit par la rencontre du pène d'une serrure. A l'instant la vue de ce côté s'est éteinte et l'organe oculaire est sorti de l'orbite. Entré le jour même à l'hôpital Saint-Louis, le malade a offert l'état suivant : L'œil est hors de l'orbite et pend sur la joue; il est complétement aveugle; il est tiré un peu vers la tempe par l'action du muscle droit externe; le muscle droit interne est rompu. Au dessous et derrière ce muscle est une ecchymose assez étendue. Le malade ne paraît pas beaucoup souffrir. Aucune fracture n'existe sur le bord orbitaire. M. Jobert essaie de réduire l'organe luxé, mais il ne peut d'abord parvenir à le faire rentrer dans l'orbite et à le recouvrir par les paupières, ou du moins, s'il le fait, il ne peut l'y maintenir, car l'œil ressort aussitôt que la main a cessé de le repousser, et il se dirige de nouveau vers la tempe. Ce mouvement, en arc de cercle, a paru tenir à la contraction du muscle droit externe. L'opérateur a alors coupé ce dernier muscle, et le globe replacé est resté immobile dans l'orbite, recouvert par les paupières. Par la suite cependant il est peu à peu ressorti et il est resté à demi exorbité. Saignées générales et locales. La réaction n'a pas été intense, mais la vue n'a pas été recouvrée. Le sur lendemain, la cornée a paru un peu trouble, puis elle a blanchi; des points de gangrène se sont déclarés sur l'hémisphère antérieur de la sclérotique. Le 2 novembre, troisième jour de l'accident, on répète les saignées, ainsi que le jour suivant; l'inflammation est maintenue dans des limites modérées. Aujourd'hui, dix-huitième jour de l'accident, l'œil est toujours exorbité comme dans le phlegmon qui succède quetquefois à l'opération de la cataracte; les escarrhes ne sont pas encore tombées, la cornée suppure, elle est noire, mais la coque oculaire ne s'est pas encore vidée, cela ne tardera pas cependant. Le malade, au reste, ne paraît pas beaucoup souffrir, et il est probable qu'à la perte de l'œil seulement se borneront les phénomènes réactionnels de l'accident.

— Des réflexions diverses se présentent à l'occasion de ce fait intéressant. La rupture du muscle droit interne fait présumer que le corps fériteur a dû agir de ce côté et qu'il a luxé l'organe par une véritable action de lévier. Cette circonstance de la rupture musculaire place déjà ce fait au nombre des cas rares dans l'espèce. Il s'en est suivi un déséquilibre dans l'action retractile, ce qui a déplacé l'organe dans une direction inusitée et occasionné de grandes difficultés dans la réduction. Le parti pris par M. Jobert, de couper le muscle droit externe, était ce qu'il y avait de mieux à faire, moins à cause des difficultés de la réduction que de l'impossibilité où il s'est trouvé de maintenir l'œil dans l'orbite. Quand l'obstacle provient de la coarctation de la fente palpébrale, le débridement de l'angle externe est préférable, et quand le retour de la chute oculaire émane de l'impuissance des muscles à se contracter, on peut, après la réduction, retrécir la fente des paupières à l'aide de la suture, ou d'un symblepharon artificiel, temporaire, ainsi que nous l'avons prescrit ailleurs. M. Jo-

bert s'est demandé si l'artère ophthalmique ou le nerf optique n'avaient pas été rompus chez ce malade pour se rendre compte de la cécité instantanée et de la gangrène de l'œil. La chose est sans doute possible, mais rien ne le démontre. Dans une cinquantaine de cas de luxation de l'œil que nous avons réunis dans le chapitre que nous avons consacré à cet accident (V. Traité philos. et clin. d'ophth.), nous n'avons trouvé qu'à peine quelques exemples de cette rupture, et, dans d'autres circonstances, que chez ce malade. D'un autre côté, nous croyons avoir démontré (v. Amaurose) que le nerf optique n'influe en rien à la nutrition de l'œil ; qu'il est souvent atrophié ou détruit autrement, sans que le globe perde rien de sa forme, ni de sa transparence ou de son volume. Quant à la rupture de l'artère ophthalmique, nous ne savons quelles en seraient les conséquences ; si une hémorrhagie intra-crânienne ne pourrait s'ensuivre, etc. Il est donc raisonnable de soutenir que la seule contusion directe de l'œil, l'espèce d'écrasement qu'il a éprouvé pendant l'accident a pu être, chez ce malade, une cause suffisante des phénomènes dont nous venons de parler. Disons enfin que, d'après M. Velpeau, il y aurait lieu d'enlever, à l'aide d'un coup de ciseau, le globe oculaire luxé lorsque le nerf optique serait reconnu rompu (Méd. opér.). Nous avons dû combattre ce précepte, par la raison que le globe réduit, qu'il suppure ou non, malgré son impuissance à voir, peut servir utilement à l'application d'une coque d'émail. Il n'est pas d'ailleurs prouvé que l'organe ne puisse, dans ce cas, conserver ses formes, malgré la déchirure du nerf optique; nous venons de dire pourquoi. En conséquence, il y avait lieu de réduire l'organe dans le cas ci-dessus, ainsi que l'a fait M. Jobert, et l'on n'a pas à se repentir de cette pratique, malgré que l'œil soit tombé en fonte purulente.

Granulations globulaires. Symblepharon (Blandin.) — Une femme âgée de 40 ans passés, a été reçue à l'Hôtel-Dieu, il y a deux mois, pour une ophthalmie gonorrhéique bilatérale. M. Denonvilliers faisait alors par intérim le service des salles. On l'a traitée par des saignées, des purgatifs et des applications vigoureuses de nitrate d'argent. Cela n'a pas empêché l'œil droit de se fondre; l'œil gauche présente quelques ressources encore; une escarrhe assez large existe, il est vrai sur la moitié de la cornée, mais on espère qu'en se détachant elle ne perforera pas la cornée et que la vue pourra s'exercer. La phlogose oculaire au reste est encore très prononcée, la photophobie est intense; et en outre, la conjonctive palpebro-oculaire est envahie sur tous ses points de granulations excessivement confluentes; la portion globulaire de cette membrane en est surchargée; leur volume est variable, la plupart offrent les dimensions d'une grosse tête d'épingle. Vers l'angle externe les granulations de la paupière inférieure et celles du globe se trouvent souvent en contact, la malade tenant les yeux fermés à cause de la photophobie; aussi des adhérences ont-elles commencé à s'établir entre ces deux parties par l'intermède de brides assez longues, et il est probable que cette adhérence blepharo-oculaire peut faire des progrès. Ces terminaisons sont si graves qu'on ne saurait trop appeler sur elles l'attention.

— Le traitement de l'ophthalmie purulente est depuis 50 ans le sujet de recherches, d'expériences nouvelles et de contestations toujours renaissantes, et en définitive le mal n'en poursuit pas moins sa marche destructive. L'esprit d'exclusivisme a été porté si loin à l'égard de certaines méthodes, qu'on est arrivé à poser des principes absurdes. C'est ainsi qu'on entend dire partout que les saignées sont inutiles ou nuisibles dans cette maladie ! que les émollients font crever les yeux!! que le nitrate d'argent seul est utile, etc. Et cela parcequ'on a vu que le mal continuait à marcher et faisait des ravages malgré les premiers moyens, et que par le nitrate d'argent quelques yeux étaient sauvés; mais on n'a pas réfléchi que ce dernier résultats était aussi parfois obtenu sans aucun traitement, ou par le seul usage des saignées et des émollients, ce qui conduit naturellement à penser que le mal ne présente pas toujours la même intensité. Il est d'observation d'ailleurs que les deux yeux ne sont pas toujours attaqués au même degré. On est arrivé de préjugés en préjugés à méconnaître les véritables principes du traitement, et à mettre sur le compte du traitement ce qui appartient à la maladie elle-même. Comment, dans une affection phlegmoneuse, purulente, souvent fébrile, les évacuations sanguines et les émollients seraient-ils donc nuisibles? Vous saignez bien et vous donnez des boissons mucilagineuses dans l'urètrite cordée, dans la vaginite purulente; à l'œil pourtant on s'imagine qu'une cornée vivante se laisse infiltrer, ramollir et crever par les mêmes topiques! Evidemment, tout ce que la logique et une saine observation permettent de dire, c'est que, dans l'ophthalmie purulente, ces moyens restent audessous du mal si on ne s'en tient qu'à eux seuls ; il ne s'ensuit pas qu'ils soient nuisibles. C'est donc par les saignées très abondantes et répétées, générales et locales que le traitement doit commencer; mais pour réprimer complétement le travail destructeur, on doit agir par des topiques avec une insistance qu'on ne peut malheureusement que difficilement espérer dans les hôpitaux. Ces topiques et leur mode d'application nous les avons décrits dans le n° de mai de cette année, p. 49; nous y renvoyons le lecteur. Tout le succès de la méthode mixte que nous avons adoptée est dans l'exactitude de ce que nous appelons le *pansement des yeux*. Pour ce qui est enfin des granulations, nous devons dire que le sulfate de cuivre que préfèrent quelques personnes est un mauvais topique; le nitrate d'argent en triomphe si on l'applique au point de vue de l'absorption, c'est-à-dire, à l'état liquide et combiné avec des applications très fréquentes de sangsues. Il s'agit moins en effet de détruire directement le travail exubérant, granuleux, de la muqueuse que de réprimer dynamiquement son état morbide; à mesure que la phlogose est combattue les granulations s'affaissent, se flétrissent et disparaissent; la guérison est plus prompte que par les cautérisations profondes qui provoquent des réactions graves et occasionnent aisément des ankyloblépharons fâcheux. L'usage d'un cataplasme émollient, arrosé d'eau saturée de nitrate de potasse pour

la nuit, est d'un précieux secours. Nous avons dernièrement obtenu en 15 jours d'application de ces données une amélioration des plus notables, sur un jeune homme presque aveugle par des masses de granulations qui venaient de succéder à une ophthalmie blénorrhagique. Au reste les granulations ne se déclarent pas toujours lorsque la phlogose est énergiquement traitée dès son début.

Ectropion. — Nous avons observé dernièrement dans les hôpitaux plusieurs cas d'ectropion de la paupière inférieure et qu'on a opérés, les uns par autoplastie, c'est à dire par le greffement d'un lambeau emprunté à la tempe, les autres, par le procédé de glissement de M. Riberi dont nous avons parlé dans notre dernier numéro. Le résultat définitif n'a été chez aucun bien satisfaisant. Chez tous, en effet, il y a eu, au bout de quelque temps, une récidive plus ou moins prononcée. Le lambeau autoplastique a offert ceci de défectueux qu'il s'est contracté, s'est bouffi, au point de former une saillie désagréable, et a, par cela même, renversé plus ou moins le bord de la paupière. Chez les autres, comme le rapprochement des deux côtés du triangle n'a pas été assez étendu pour empêcher l'angle rentrant du lambeau palpébral de redescendre, il en est résulté un nouveau renversement du bord tarsien. Pour rendre le procédé de M. Riberi aussi parfait que possible, il faudrait donc disséquer suffisamment les deux côtés saignants de la peau de la joue pour pouvoir les réunir aussi haut que le réclament les conditions de l'ectropion, et laisser ensuite l'angle inférieur du triangle palpébral tout à fait flottant et chevauchant sur la suture de la peau de la joue, sauf à y pourvoir consécutivement par une seconde opération qui le fixerait assez haut pour permettre à la paupière de reprendre sa direction et sa forme normales. Ayant conféré sur cette question avec M. Roux, ce chirurgien pense que le procédé d'Adams est préférable à celui-ci, dans les cas où il peut être appliqué; il l'a pratiqué une douzaine de fois, toujours avec des résultats satisfaisants. Ce qui donne au procédé anglais de si grands avantages, c'est la force ascentionnelle de la peau de la joue; cela ramène toujours le bord tarsien à un niveau convenable malgré l'excision du triangle. Cette même force ascensionnelle peut être mise à contribution dans le procédé de M. Riberi, si l'on veut laisser pendant quelque temps flottant l'angle inférieur du triangle palpébral et donner le temps au travail cicatriciel sous-jacent de faire remonter convenablement les tissus de la joue. Il faudrait, par conséquent, exécuter en deux temps le procédé de M. Riberi, et ses résultats seraient bien autrement avantageux.

Pupille artificielle par déplacement de la pupille naturelle; *par M. Walker.* — Un individu venait d'essuyer une kératite ulcérative; la cornée s'est perforée vers son côté nasal et l'iris y a fait procidence. Cet état avait été combattu par les moyens ordinaires, et une cicatrice s'était formée sur ce point; mais la pupille avait été fortement allongée et couverte presqu'entièrement par la tache; une seule ligne de cette ouverture était restée à découvert, mais la vision s'était éteinte; néanmoins on avait la conviction que la rétine et le cristallin étaient à l'état normal. M. Walker y a pratiqué l'opération suivante : il a piqué la cornée au côté opposé à la procidence, c'est-à-dire, vers le bord temporal; l'humeur aqueuse est sortie et la pupille a paru s'étendre un peu vers cette ouverture. A l'aide d'une petite pince il a saisi le bord correspondant de l'iris et l'a engagé dans l'ouverture cornéale, formant ainsi une procidence forcée, du volume d'une grosse tête d'épingle. Ce tiraillement de l'iris a nécessairement déplacé la pupille dans le même sens, et cette ouverture s'est trouvée ainsi vers le milieu de la cornée et vis-à-vis la portion diaphane; elle s'est aplatie, mais par la suite elle s'est élargie dans le sens vertical et la vision a été parfaitement rétablie. Il va sans dire que la procidence artificielle a été cautérisée et sa réaction combattue par les moyens ordinaires. (*Provincial medical journal.*) Ce mode opératoire appartient à Gibson; il se trouve indiqué et critiqué dans l'ouvrage de Scarpa, et c'est par erreur que quelques personnes, en France, se l'ont attribué dernièrement.

TOXICOLOGIE.

Empoisonnement par l'acide oxalique; *par M. Letherby*, D. M. — Une femme non mariée, appelée Rébecca Pentland, âgée de 22 ans, habituellement bien portante, a eu, le samedi, 28 sept. une querelle de jalousie avec son amant; dans un moment de désespoir elle a avalé une forte dose d'acide oxalique qu'elle s'était procuré. Le lendemain matin elle a été trouvée morte dans sa chambre. Le docteur Garret a été mandé officiellement pour faire l'autopsie; il a enlevé l'estomac et son contenu avec précaution, ce qui a présenté quelques difficultés, car ces parties étaient ramollies et corrodées. Ces parties ont été remises à M. Letherby pour être examinées. L'estomac était très blanc, excepté dans deux ou trois places où il y avait de petites taches rouges, comme si le sang y avait été épanché après l'action du poison. Çà et là, on voyait quelques ramifications vasculaires contenant du sang également noir. Les tissus de l'estomac sont tellement ramollis et désorganisés, qu'on peut à peine les manier sans les déchirer; vers la portion cardiaque, ces tissus sont réellement de consistance pulpeuse ou gélatineuse, et offrent de nombreuses perforations par suite de cet état. Le contenu de l'estomac ayant été recueilli dans un vase a pesé 180 grammes (6 onces); c'est un fluide noir comme du porter, contenant de petites parcelles de matières solides; ce fluide est fortement acide, et à l'analyse il a fourni environ 12 grammes (trois gros) d'acide oxalique. — A la suite de ces détails, l'auteur ajoute la réflexion suivante : « On avait douté, dit-il, de l'action corrosive de l'acide oxalique sur l'estomac. M. Christison ne mentionne, je crois, qu'un seul cas dans lequel l'estomac avait été trouvé perforé; et M. Taylor affirme que, dans ses expériences sur les animaux, ainsi que dans les autopsies qu'il a faites chez l'homme, jamais il n'avait trouvé de perforation à l'estomac. L'observation précédente, cependant, démontre suffisamment que le ramollissement et la perforation peuvent avoir lieu. Ce fait peut donc avoir quelque importance au point de vue médico-légal, (Lond. méd. Gaz.; oct. 1844).

Remarques du traducteur. — On a beaucoup expérimenté et écrit sur l'empoisonnement par l'acide oxalique. Toutes les expériences cependant, tous les écrits, n'ont abouti qu'à de fausses conséquences pour la toxicologie médicale. On ne s'est arrêté, en effet,

qu'à l'action locale du poison, et l'on a méconnu l'action dynamique qui est la véritable source des phénomènes toxiques qui entraînent la mort. De là une thérapeutique inepte, ayant pour base la prétendue neutralisation chimique, qui ne sait rien opposer au poison passé dans la circulation, et qui porte la mort d'organe en organe. Aussi, tous les hommes de laboratoire, étrangers aux connaissances cliniques, n'ont-ils recommandé que la magnésie ou la chaux, pour combattre ce terrible empoisonnement, dans l'espoir de convertir l'acide oxalique, en oxalate insoluble ; mais hélas! ces hommes, qui ont fait de la toxicologie une sorte de jeu de gobelets ou de cornues, ignoraient sans doute qu'en supposant que cette neutralisation fût possible dans l'estomac, cela n'empêcherait pas la mort de survenir par l'action du poison passé dans le sang! Ces raisons, que nous avons si souvent produites, et dont nous avons démontré la réalité expérimentalement pour divers poisons, n'ont pas empêché les partisans du système des neutralisations chimiques de continuer à proclamer leurs prétendues merveilles, et nous ne pouvons qu'éprouver un sentiment de pitié à la vue de certain articles sur la matière. Ces remarques générales nous ont été suggérées par les recherches auxquelles nous nous sommes livrés à l'occasion du fait précédent. Nulle part, on ne trouve la moindre notion sur le traitement dynamique qui convient à l'empoisonnement en question, si ce n'est toutefois dans l'ouvrage de M. Giacomini; nous avons été même étonné de rencontrer le même vide dans le Traité de méd. lég. de M. Devergie, malgré qu'il ne soit paru que postérieurement à la traduction française de l'ouvrage italien. Ce que M. Devergie a écrit sur l'acide oxalique, n'est en réalité qu'une copie un peu écourtée de ce qu'on trouve dans Christison. Il nous a été facile, dans l'examen que nous venons de faire d'une vingtaine de cas d'empoisonnement par cet acide, de saisir les véritables caractères dynamiques de la maladie. C'est partout, et toujours, un ensemble de symptômes propres à l'hyposthénie la mieux caractérisée; savoir, le pouls filiforme, des sueurs froides, l'abattement profond de toutes les fonctions et des déjections sanguinolentes. On peut trouver une ressemblance parfaite entre les symptômes ci-dessus et ceux que produit le nitrate de potasse. Nous avons à peine besoin d'ajouter maintenant, qu'après le vomissement, le véritable traitement qui offre des chances de salut, doit avoir pour base les remèdes excitants, poussés hardiment jusqu'au maximum de tolérance, tels que l'eau-de-vie, le rhum, l'alcool pure au besoin, la teinture alcoolique d'opium, l'eau de canelle, etc. En France, heureusement, cet empoisonnement est rare, l'acide oxalique étant peu employé dans le commerce; on se sert cependant du sel d'oseille (sur-oxalate de potasse), dont l'action toxique, bien qu'un peu moindre, n'est pas moins redoutable que celle de l'acide. En Angleterre, la chose arrive fréquemment, soit par suicide, soit par erreur commise dans les pharmacies, l'acide oxalique étant aisément confondu avec le sel d'Epsom (sulfate de magnésie). Par cela même qu'il est employé à forte dose (15 à 30 grammes), et qu'aucun traitement dynamique ne lui a été opposé, la maladie s'est presque toujours terminée par la mort, dans l'espace de quelques heures. Sur vingt cas que nous avons étudiés, la mort a eu lieu chez dix-neuf. Pour ce qui est enfin de la perforation de l'estomac, c'est là un phénomène consécutif à la mort, et que nous ne devons examiner pour le moment.

Intoxication saturnine aigue. — Le docteur Snow a communiqué à la Société médicale de Westminster (19 oct. 1844) l'observation suivante : Un enfant, âgé de cinq ans, a mangé un morceau de céruse (*white lead*) incorporé avec de l'huile, de la grosseur d'un caillou, à 4 heures du soir, le 4 mai dernier. Il s'est plaint de douleurs intestinales pendant les trois jours suivants. On lui a administré plusieurs purgatifs qui n'ont opéré que le troisième jour. A cette époque, la douleur a augmenté et un vomissement s'est déclaré. Les parents, qui n'avaient appelé personne jusqu'alors, ont fait venir M. Snow, le quatrième jour au matin. Ce praticien a trouvé une grande douleur à l'épigastre, des vomissements continuels d'un liquide noir strié de sang; pouls à 140, dur, peau chaude, face gonflée et pourprée. Il y avait des pétéchies, du sang extravasé sous les conjonctives et un léger saignement par le nez. Les gencives étaient très blanches et contractées. Des sangsues ont été appliquées à l'épigastre; mais l'enfant est mort le cinquième jour. A l'autopsie, on a trouvé la muqueuse de l'estomac colorée en noir dans toute son étendue. Le reste du tube intestinal était sain, excepté le cœcum qui était un peu rouge. Du serum sanguinolent existait dans le péricarde, dans les plèvres et dans le péritoine. Le cœur, le foie et les reins étaient flasques et mous. Le poison n'a pu être découvert dans le corps, ni dans la matière vomie. (Med. Times, 26 oct.)

— L'auteur conclut, des détails ci-dessus, que l'enfant est mort d'une gastrite occasionnée par le carbonate de plomb. Pour nous, ce fait n'est pas bien clair. Au surplus, si nous étions forcé à émettre notre opinion la plus probable, nous dirions que l'empoisonnement était léger de lui-même, qu'il a été aggravé d'abord par les purgatifs répétés, ensuite rendu mortel par les sangsues qu'on a appliquées au petit malade. Quant à la coloration noire de la muqueuse de l'estomac, il est probable qu'elle tenait à des ecchymoses mal appréciées par l'auteur. Voilà où conduisent les faux principes, les absurdes enseignements de M. Orfila ! Saignez, purgez, pour chasser le poison !... Et vous ne comprenez donc pas qu'en cela faisant, vous évacuez en même temps la vie !

DOCUMENTS TOXICOLOGIQUES.

Toxicol. légale antique. — On exposait autrefois le cadavre suspect sur une place publique; chaque passant donnait son avis, on recueillait les opinions et les juges se réglaient en conséquence. Pison fut accusé d'avoir empoisonné Germanicus; le corps de celui-ci fut exposé sur la place d'Antioche; le peuple fut enragé contre Pison. « On trouvait, dit un historien, des carcasses et des ossements de

morts déterrés, des charmes et des imprécations contre les parois, le nom de Germanicus gravé sur des lames de plomb, des cendres toutes souillées de sang, et plusieurs autres sortiléges par où l'on croit que les âmes sont consacrées aux dieux souterrains » (Tacite, *Annales*, vie de Tibère). Pison fut condamné sur ces preuves, le sénat voulant faire sa cour à Tibère dont les sentiments cependant étaient bien différents. Le corps de Jules César fut aussi exposé tout sanglant aux yeux du public; on examina ses 23 blessures; et une seule au rapport de Suétone fut jugée mortelle, par un nommé Antistius qui se mêlait de médecine; c'était celle qui avait pénétré dans la poitrine, entre la première et la seconde côte. Le fameux pot-au-feu de 1839-40-41, ne valait pas mieux que cette épreuve-là.

Empoisonnement par de la chaux. — Un enfant agé de 3 ans, jouait dans un jardin où des maçons travaillaint; il porte à la bouche un peu de chaux éteinte, et l'ayant trouvée d'un goût douceâtre, il en a mangé une quantité considérable. Aussitôt que les parents s'en sont aperçus, ils se sont empressés de lui enlever toute la chaux qui était encore dans la bouche et dans le nez. Un médecin, M. Lion, arrive, qui lui ordonne un émétique d'ipécacuanha; l'enfant a vomi une quantité de matière grisâtre comme de la chaux. On lui administre une émulsion d'amandes. La nuit a été agitée: fièvre, soif, refus d'aliments; les lèvres sont d'une blancheur calcaire; la bouche est escoriée comme par un vésicatoire; ventre chaud et douloureux à la pression, évacuations alvines sanguinolentes. On applique quelques sangsues sur l'abdomen, etc. L'enfant a guéri. (Casper's Wochenscrifs, n° 33, et Lond. méd. Gaz.)

Vrsenic appliqué comme remède. — Au nombre des cas d'accidents mortels occasionnés par les topiques arsenicaux arrivés de nos jours, et dont nous avons parlé dans un autre numéro, nous devons ajouter les suivants : « J'ai vu, dit Astley Cooper, en parlant des végétations fongueuses du testicule, l'arsenic appliqué en poudre sur une surface étendue de cette espèce de tumeur, entraîner la mort par son action snr l'estomac et le système nerveux, et je ne puis négliger cette occasion de faire observer que c'est un topique très dangeresx sur les surfaces bourgeonnantes qui jouissent souvent d'une grande puissance d'absorption. J'ai observé un cas dans lequel ce médicament, appliqué en solution pour une maladie fongueuse de l'œil, fit périr le malade après avoir déterminé l'inflammation de l'estomac».

— » Fernel observe, dans le sixième livre de la Méthode de guérir, ch. 18, des remèdes pourrissants, que les arsenicaux appliqués en trop grande quantité à un cancer qui était à la mamelle d'une femme, l'ont fait périr en six jours. «Trois heures, dit Fernel, après avoir appliqué cette poudre, elle fut saisie d'un grand frisson; ensuite elle vomit et tomba souvent en syncope, ayant le pouls languissant. Ces symptômes s'étant ensuite augmentés peu à peu, les extrémités devinrent froides; le visage et tout le corps s'étant enflé prodigieusement, elle périt misérablement». (Geoffroy Mat. méd., t. 1, p. 330.)

— Soufre. « L'usage intérieur du soufre à trop grande dose peut nuire et même agir comme poison. » (Fourcroy, Notes à Romazzini.) On se doute à peine communément de cette importante vérité, et l'on croit pouvoir administrer impunément des doses considérables de fleurs de soufre de soufre soit à l'homme soit à des animaux malades.

REVUE GÉNÉRALE.

Metrite chronique. *Cas remarquable.*—Une fille servante, âgée de 35 ans, régulièrement menstruée, bien constituée, éprouvait depuis un an des douleurs dans l'abdomen qui semblaient répondre dans la fosse iliaque droite. Ces douleurs s'étant exaspérées de plus en plus depuis une vingtaine de jours, la malade s'est fait recevoir le 10 mai à l'hôpital St.-André de Bordeaux, dans le service de M. Gintrac. A l'examen on a trouvé une tumeur considérable dans l'abdomen, parfaitement circonscrite derrière la symphyse pubienne, s'étendant jusqu'au dessus de l'ombilic et offrant plus de développement à droite qu'à gauche, dure et douloureuse à la pression. Les douleurs s'étendent vers la région lombaire. Pas de leucorrhée. L'épigastre est sensible; du reste les diverses fonctions s'exécutent bien. Le toucher fait connaître que le col utérin est tuméfié, rejeté en arrière, que la lèvre postérieure est indurée et plus volumineuse que l'antérieure, enfin que le soulèvement du col produit celui de la totalité de la tumeur. La malade a été saignée; on a appliqué, à trois ou quatre reprises, soit des sangsues, soit des ventouses scarifiées sur l'hypogastre. Elle a pris habituellement soit des bains de siége, soit des bains entiers. Elle a été constamment soumise à un régime très sévère. On a employé intérieurement des pilules composées avec les extraits de jusquiame et de ciguë et l'iodure de potassium. Des frictions ont été faites sur la partie tuméfiée avec la pommade d'iodure de plomb. Peu de temps après l'emploi de celle-ci se manifesta une stomatite et une salivation absolument analogue à celles que le mercure produit. Deux larges escarres ont été faites sur la tumeur avec la poudre de Vienne. Pendant la durée de ce traitement, deux symptômes sympathiques réclamèrent des moyens spéciaux; ce fut d'abord une céphalalgie extrêmement intense et continue; des frictions sur la tête avec l'éther et le laudanum apportaient du soulagement. Ensuite il survint des palpitations de cœur très fatigantes. La digitale ne put les diminuer. Je fus obligé de leur opposer une saignée du bras, quatre ventouses scarifiées sur la région précordiale, et l'acide hydrocyanique. Ces moyens en triomphèrent. Durant ce temps, la tumeur utérine décroissait sensiblement. La malade, encouragée par cette amélioration manifeste, employait avec confiance le traitement prescrit et se soumettait avec résignation à la sévérité du régime. Elle sortit le 7 août, ne souffrant plus, et la tumeur utérine étant réduite au quart tout au plus du volume qu'elle présentait en entrant. La menstruation était régulière. Cette femme est revenue le 20 juillet 1844 à l'hôpital, présentant un état de pléthore et des douleurs lombaires qui ont cédé à deux saignées et quelques applications de ventouses scarifiées. L'utérus était à l'état normal. Toute trace de tumeur avait disparu. (Jour. de méd. de Bordeaux, août).

— La métrite chonique revêt des formes si diverses, son diagnostic est souvent si équivoque et nos moyens de traitement si peu efficaces quelquefois, qu'on ne saurait trop s'attacher à étudier sérieusement les cas de cette nature. On rencontre rarement un exemple aussi net sous tous les rapports, que le précédent. Nous avons vu souvent des femmes traitées pour des métrites chroniques alors qu'elles avaient autre chose; et d'autres traitées pour une autre affection alors qu'elles n'avaient qu'une métrite, et cela par des praticiens très exercés. Il y a peu de jours, nous avons

assisté à l'autopsie du cadavre d'une femme traitée depuis quelque temps à la Charité par M. Gerdy d'abord, puis par M. Chassaignac, pour une métrite chronique, avec développement de l'utérus, absolument comme dans le cas ci-dessus de M. Gintrac, si ce n'est qu'elle avait des métrorrhagies de temps en temps; le toucher vaginal n'apprenait rien. Enfin, des symptômes de fièvre intermittente pernicieuse se sont déclarés et la malade est morte en trois jours. A l'autopsie, on a trouvé une magnifique tumeur fibreuse du volume d'un citron dans le fond de l'utérus; cet organe était épaissi et développé comme dans une grossesse de trois mois. La rate était réduite en bouillie, comme une lie de vin diffluente. Comptez sur le diagnostic! On comprend pourquoi nous attachons de l'importance au cas de M. Gintrac.

Luxations du pouce, *par M. Stanley.* — « Dans un cas de luxation du pouce que nous avons en ce moment à l'hôpital, la réduction s'est faite sans la moindre difficulté, et il ne s'en est pas suivi de réaction grave. Deux autres cas bien différents se sont présentés, l'un il y a deux ans, l'autre l'été dernier. Le premier existait chez une femme d'âge moyen; l'extrémité inférieure de la première phalange avait perforé les parties molles du côté de la paume, tandis que l'extrémité supérieure de la dernière phalange chevauchait en arrière et tendait fortement la peau; les ligaments latéraux étaient évidemment déchirés; le tendon du long fléchisseur du pouce n'était pas visible. De très grands efforts de réduction diversement variés ont été inutiles. Le lendemain cependant un léger mouvement latéral a été imprimé à la dernière phalange, et la réduction s'est opérée avec une facilité inattendue. Guérison avec conservation des mouvements de l'articulation. L'autre cas s'est présenté aussi sur une femme d'âge moyen; la luxation était exactement pareille en apparence à la précédente. On s'imagine à peine tous les efforts mis en usage pour cette réduction; tout a échoué, y compris les poulies elles-mêmes. Il a été impossible de faire déchevaucher la seconde phalange de la face dorsale de la première; le lendemain, mêmes efforts inutiles. Cette impossibilité de réduire nous a forcés d'en venir à l'amputation de la dernière phalange. L'examen de cette partie nous a démontré que le tendon du long fléchisseur était encore attaché à l'os. Cette circonstance nous a expliqué pourquoi une même luxation a été facilement réductible dans un cas, irréductible dans un autre : c'est que dans le second cas le tendon du long fléchisseur avait glissé autour des phalanges et s'était placé à leur face dorsale; de là une résistance insurmontable, car son action s'ajoute alors à celle de l'extenseur du pouce et devient congénère avec elle. » L'auteur a produit artificiellement sur le cadavre des luxations pareilles en déplaçant en même temps le tendon du long fléchisseur en arrière; la réduction a été impossible jusqu'au moment où ce tendon a pu être ramené à la face palmaire. Dans un autre cas de ce genre qu'on a essayé de réduire sous les yeux de M. Stanley, les efforts ont été si grands que le bout du pouce s'est gangrené; dans un troisième cas il s'en est suivi le tétanos et la mort. Cette cause d'irréduction de la dernière phalange n'avait pas échappé au docteur Smith, et il en avait fait part à la Société pathologique de Dublin. (Lond. med. Gaz. oct. 1844.)

Varicocèle *guéri à London-House, à l'aide de la compression.* — William Coomber, âgé de 21 ans, commissionnaire, d'assez bonne santé habituelle, souffrant cependant quelquefois de dyspepsie, a été inscrit au pansement externe par M. Curling, le 17 juillet, pour un varicocèle considérable du côté gauche. Il avait cette infirmité depuis neuf mois, se plaignait de douleurs au côté gauche des lombes et d'un malaise douloureux aux testicules, augmentant par l'exercice et par le travail lorsqu'il portait des charges sur le dos. Le scrotum était flasque et pendant, le testicule gauche était d'un tiers moins volumineux que l'autre. Un chirurgien qu'il avait consulté il y a six mois lui avait prescrit l'usage d'un brayer. Il en a porté un en effet pendant quatre ou cinq mois, mais sans soulagement, et il l'a ensuite remplacé par un suspensoir. Depuis cinq à six semaines qu'il faisait usage de ce dernier moyen, le varicocèle a repris sa marche progressive, et le patient est allé de mal en pis. M. Curling lui a prescrit l'usage d'un suspensoir compressif particulier (*moc-maire lever truss*), des fomentations d'eau froide jour et nuit sur le scrotum et de doux purgatifs. — 22 juillet, il a constamment fait usage depuis six jours du bandage, et il se trouve grandement soulagé, de sorte qu'il peut marcher sans souffrir et sans malaise; le varicocèle est de beaucoup réduit. — 28 août, le patient va de mieux en mieux, grâce au bandage, à l'eau froide et aux purgatifs; il a repris l'exercice de son état (Lond. med. Gaz. oct.).

— Nous avons soutenu, il y a quelque temps, que c'était à tort qu'on dirigeait contre le varicocèle telle ou telle opération sanglante, par la raison que cette infirmité pouvait le plus souvent se guérir sans opération. L'exemple précédent en est une preuve, et cet exemple n'est assurément pas le seul. Les chirurgiens de nos jours ont une très grande tendance à isoler les maladies, et ils oublient trop souvent, malheureusement, qu'il est des conditions dynamiques importantes à considérer et à combattre avant d'en venir à l'usage du bistouri. Le varicocèle est de ce nombre.

Rétrécissement considérable du vagin, *guéri à l'aide d'incisions sous-muqueuses; par M. Riberi.* — Marguerite N..., paysanne, âgée de 30 ans, issue de parents sains, douée de tempérament sanguin, de forte constitution, de belles proportions physiques et d'une intelligence remarquable, d'une sensibilité exquise au physique comme au moral, avait été mariée à 13 ans, et réglée seulement à 17. L'apparition de ses règles avait été précédée de céphalagie pendant plusieurs mois, de troubles nerveux, de douleurs utérines et lombaires, etc.; consécutivement la fonction menstruelle s'était toujours mal exécutée; rarement elle avait lieu deux mois de suite, et toujours elle avait été peu abondante. A l'âge de 20 ans, les règles ont manqué pendant cinq mois; alors une métrorrhagie abondante s'est déclarée et a réclamé un traitement antiphlogistique énergique. A l'âge de 28 ans elle devint enceinte pour la première fois; sa grossesse a été orageuse aux trois premiers et aux trois derniers mois. L'accouchement fut long, très pénible; des tentatives de forceps furent faites. Il s'ensuivit une vaginite très intense laquelle occasionna des ulcérations et par suite une coarctation considérable du vagin, près de son entrée. Après avoir pendant six mois essuyé toute espèce de tribulation et de souffrance, la patiente s'est fait recevoir à la clinique de M. Riberi. A l'examen elle a offert l'état suivant. — L'entrée du vagin est fermée par un diaphragme résistant, formé vraisemblablement par un tissus inodulaire et offrant à son centre une petite ouverture qui laissait à peine passer un cathéter de quatre lignes de diamètre. Cette cloison diaphragmatique était mince et tendue sur le bord de son ouverture, dure, adhérente et épaisse vers sa

base; son épaisseur vers ce point est de plus d'un centimètre et demi (demi-pouce). M. Riberi a essayé d'abord d'élargir l'ouverture centrale à l'aide de bougies et de morceaux d'éponge préparée; mais ces tentatives ont occasionné des douleurs tellement vives qu'il a fallu y renoncer; la cloison menaçait d'ailleurs de s'ulcérer. Ces manœuvres cependant n'ont pas été tout à fait inutiles, car l'ouverture s'est dilatée un peu, et on pouvait y engager le bout du doigt indicateur, bien qu'avec peine. Le chirurgien a eu alors l'idée d'attaquer la base du diaphragme par des incisions sous-muqueuses dans le but d'affaiblir le tissu épais et induré et de dilater ainsi facilement l'ouverture en question. Avant d'y procéder, il a cherché à reconnaître autant que possible la limite supérieure de l'induration.

Il a alors pratiqué quatre incisions sous muqueuses dans le vagin, deux à droite et deux à gauche, au dessous de la base du cercle morbide. Aussitôt après le diaphragme s'est trouvé tellement relâché que le doigt entier a pu franchir librement son ouverture et explorer la partie supérieure du vagin. Le canal était en haut divisé longitudinalement en deux par une cloison antéro-postérieure, et chacun de ces deux conduits était à son tour cloisonné par des cicatrices dirigées en différents sens, de telle sorte que tout le canal était converti en une multitude de cellules accidentelles. M. Riberi a de suite glissé sur son doigt des ciseaux obtus et divisé toutes ces brides, ce qui a relâché les parois du vagin. Pour rendre cet effet permanent et pour effacer complétement le diaphragme antérieur, il a introduit et fixé dans le canal un cylindre en cire de 14 lignes de diamètre. Par la suite le volume de ce corps a été porté à 20 lignes. Tous les points de l'entrée du vagin cependant ne se dilataient pas au même degré, les parois antérieure et postérieure offraient encore de la dureté et de la résistance. M. Riberi a pratiqué sur ces deux points, deux autres incisions sous-muqueuses, en s'aidant d'un doigt dans le rectum pour la postérieure, et d'une sonde dans la vessie, pour l'antérieure. Dès lors la dilatation a été également facile partout, les cylindres en cire ont passé librement, et le vagin a fini par acquérir les dimensions à peu près de l'état normal. La femme a été gardée longtemps à la clinique pour assurer la cure; ensuite on lui a recommandé de continuer longtemps l'usage des cylindres en cire. Les bienfaits du traitement n'ont pas été démentis, consécutivement; car longtemps après la patiente est revenue à la clinique se faire voir, ainsi qu'elle l'avait promis à M. Riberi, et la guérison s'est trouvée parfaite (Ribéri, *Mémorie chirurgiche*, 1842).

— Il serait à désirer que ce mode de traitement fût essayé dans d'autres cas de ce genre pour se former une idée exacte de sa valeur; car on ne comprend pas suffisamment comment l'incision d'un tissu inodulaire du côté de la base, est plus avantageuse que celle qu'on pratique du côté de son sommet. Cela est d'autant plus important que le résultat obtenu par M. Riberi est aussi remarquable qu'heureux, tandis que les incisions qu'on pratique dans ces occurrences du sommet vers la base du diaphragme, ne procurent ordinairement qu'un soulagement temporaire, la coarctation se reproduisant aisément, et cela parce que la muqueuse n'existe plus sur l'endroit du rétrécissement, sa présence étant remplacée par le tissu inodulaire. Il existe en ce moment à l'Hôtel-Dieu, (service de M. Blandin), une jeune femme qui offre un rétrécissement diaphragmatique vers le milieu du vagin; elle présente en même temps une fissure à l'anus, que M. Blandin compte attaquer par l'incision sous-cutanée du muscle sphincter.

Goutte. Saignees. — « Les évacuations sanguines générales doivent être d'abord employées dans cette fluxion chez les sujets pléthoriques qui se sont livrés à la bonne chère et aux boissons spiritueuses, etc. Cependant il ne faut point abuser de la saignée qui, en affaiblissant trop, pourrait rendre irréguliers les mouvements de la goutte. Musgraves conseille fort bien la saignée dans des cas semblables, où elle est évidemment utile. » (Barthez, *Traité des mal. goutt.*, liv. I, ch. 3.)

— « Dans la goutte vivement inflammatoire (que les anciens appelaient chaude) la saignée dérivative, comme celle du pied dans la podagre, a souvent dissipé la goutte très promptement. J'en trouve beaucoup d'exemples chez les anciens et les modernes. Aëtius rapporte qu'il a fait saigner de la jambe même qui était affectée d'une podragre fortement inflammatoire, et qu'ayant fait tirer beaucoup de sang par cette saignée, il a délivré le malade de toute douleur. Galien dit qu'il se souvient d'avoir guéri des sciatiques dans un jour par la saignée faite à la jambe (au jarret plutôt qu'à la malléole). M. de Sauvages a cité aussi une observation de M. Lazerme qui dissipa, par une forte saignée du pied, une attaque de goutte chez un homme qui était pressé de guérir à raison d'affaires qui le forçaient à faire un voyage. Gilbert, médecin anglais, et Vander-Heyde, ont vu des faits semblables. » (*Ibid.*).

Fistules. Eau bouillante. Un chirurgien Allemand, le docteur Ruppius, rapporte, dans *le Hufelandsjour.*, deux cas de fistule stercorale, guéris à l'aide d'injections répétées d'eau bouillante dans le trajet. Un seul de ces cas semble concluant, il s'agit d'une fistule à l'anus chez un jeune homme de 24 ans. On sonde le trajet, on introduit un bec de seringue très long jusqu'au fond, et l'on injecte 15 à 30 grammes d'eau bouillante qui ne fait qu'entrer et sortir. Quelques jours après on recommence; le fond est alors oblitéré; guérison en trois, quatre injections. Ce moyen n'est pas nouveau; on pourrait cependant l'essayer dans les fistules cutanées avec un grand décollement de peau. L'eau bouillante ne fait pas d'escarrhe comme le fer rouge; elle coagule l'albumine, ramollit et enflamme les tissus, dit l'auteur. On sait qu'on avoit proposé le même moyen dans les fractures non réunies; on ponctionne le membre avec un trois-quarts et l'on injecte l'eau bouillante entre les fragments.

Hydropisie ascite. *Huile de croton.* — Le docteur Five, de Sunderland, vient d'expérimenter de croton tilium contre l'hydropisie ascite *simple*, avec un plein succès. Il a guéri deux cas de ce genre dans l'espace de dix à onze semaines. Le médicament a été donné à la dose de trois gouttes tous les soirs. Les guérisons ont eu lieu sans le moindre accident. (Prov. med. Jour. sept. 1844.)

TRANSACTIONS ACADÉMIQUES.

Orthopédie rachidienne. — Dans la séance du 5 novembre de l'academie de médecine, M. Velpeau a lu le travail suivant, au nom d'une commission officielle. Ce document étant d'une haute importance pour la science, nous le donnons en entier.

«*Rapport sur un mémoire de M. Malgaigne, ayant pour titre :* «De la valeur réelle de l'orthopédie et spécialement »de la ténotomie rachidienne, dans le traitement des dé»viations latérales de l'épine.»—Commissaires : MM. Baudelocque, Roux, Velpeau, rapporteur.

»L'Académie n'a point oublié, sans doute, l'espèce d'orage suscité dans cette enceinte par la lecture du mémoire de M. Malgaigne ; elle se souvient encore des difficultés apportées par quelques-uns de ses membres à la composition d'une commission chargée d'examiner ce travail. Pénétrés de l'importance de la question, nous n'avons pas cru cependant devoir reculer devant la mission qui nous était imposée. Il nous a semblé que quelques clameurs intéressées n'étaient point de nature à empêcher un corps savant de procéder à la recherche de vérités qui peuvent intéresser la science. Nous nous sommes donc mis à l'œuvre, et nous venons aujourd'hui vous soumettre le résultat de nos recherches. Disons ce que renferme le mémoire de M. Malgaigne.

»Analyse du mémoire. — Etant d'opinion que les courbures latérales de l'épine ne peuvent être redressées *complétement*, l'auteur qui sait que le contraire est soutenu par une infinité de personnes et généralement admis, a pensé que le moment était venu de voir qui a raison ou qui a tort sur ce point, de lui ou de ses antagonistes. La myotomie ou la ténotomie rachidienne, dont on a beaucoup vanté les heureux effets depuis quelques années, lui a paru devoir être examinée avant tout quant sa valeur réelle ; aussi est-ce à cette opération qu'il s'attaque principalement.

»1° Jusqu'ici les faits orthopédiques annoncés appartenaient à des établissements privés ; ils étaient d'ailleurs étrangers à la ténotomie, ou relatés d'une manière si vague, qu'il n'y avait guère lieu de les soumettre à un examen scientifique. M. Malgaigne ne s'est occupé que de ceux qui ont été recueillis en public, sous la sauvegarde, en quelque sorte, des hôpitaux de Paris. Ayant vu, dans un relevé dont les matériaux ont été puisés dans un de ces établissements, que sur 155 cas de déviation de l'épine, on en avait guéri 24, il s'est mis à la recherche de ces derniers, mais sans que les investigations auxquelles il a pu se livrer lui aient permis, assure-t-il, d'en constater aucun. Sur 55 des malades admis dans le service indiqué, les seuls qu'il ait pu retrouver, ou qui appartiennent à la catégorie des courbures vertébrales, il n'en a pas rencontré un seul qui fût complétement redressé.

«2° Confirmé dans son opinion par ce premier examen des faits, M. Malgaigne se livre ensuite à la recherche des causes des difformités, afin de voir si elles ne deviendraient pas une indication de la ténotomie rachidienne. Pour savoir à quoi s'en tenir sur la valeur de l'hypothèse qui veut *que le plus grand nombre des déviations latérales du rachis soient le produit de la rétraction musculaire active* (*Gaz. méd.*, 1839, pag. 404, 1re colonne), l'auteur passe en revue 17 malades ; sur ce nombre il n'en a trouvé que 4 qui eussent eu des convulsions dans leur enfance ; encore ne voit-il guère de rapport entre l'époque de ces convulsions et celle de l'apparition de la difformité chez les jeunes personnes qui en étaient affectées. Chez les autres malades, la déviation paraissait s'être développée sous l'influence de l'hérédité, de mauvaises attitudes, du rachitisme, de la cessation d'un écoulement vaginal, et de circonstances tout à fait inconnues. Ne trouvant rien non plus de ce côté qui vînt à l'appui de cette doctrine en question, M. Malgaigne a recherché s'il existait véritablement *des cordes tendues, des tendons, des muscles raccourcis, rétractés*, soit chez les malades qui avaient été opérés, soit chez ceux qui n'avaient pas été soumis à la myotomie, et il affirme n'avoir rien rencontré de semblable à ce que la théorie qu'il combat exigerait. Fort de ce double fait, à savoir, que les déviations examinées par lui paraissaient étrangères à une lésion primitive des centres nerveux, à une rétraction du système musculaire, et que les malades soumis à la ténotomie conservaient leur difformité, M. Malgaigne n'hésite point à conclure que la ténotomie est pour le moins inutile dans le traitement des déviations latérales du rachis.

»3° Comme les malades opérés qu'il a observés ont été soumis en même temps à l'action des lits, des machines orthopédiques pendant assez longtemps ; comme, d'un autre côté, des résultats aussi heureux que ceux qu'il a pu constater, ont été obtenus selon lui sans l'intervention de la myotomie, au Bureau central des hôpitaux par M. Duval, dans divers établissements particuliers par MM. Bouvier, Tavernier, etc., M. Malgaigne soutient qu'aucun fait ne prouve jusqu'à présent que la ténotomie soit en droit de réclamer la moindre part dans l'amélioration survenue chez certains malades.

»4° Enfin, examinant jusqu'à quel point la myotomie rachidienne est innocente dans la pratique, M. Malgaigne convient tout d'abord qu'elle n'a été suivie chez aucun malade de suppuration notable. Peu douloureuse en général, elle cause cependant parfois des souffrances assez fortes. Chez une jeune fille la douleur devint plus aiguë deux heures après qu'au moment même. S'il n'en reste aucune trace dans le plus grand nombre de cas, elle laisse aussi parfois dans la région traversée par le ténotome une sensibilité assez vive, que le mouvement ou la pression exaspère. Quelquefois encore ces douleurs reviennent par intervalles ou à l'occasion des changements de temps. Au demeurant, elles n'ont jamais rien de bien pénible. Après l'opération, la *force des muscles* reste amoindrie d'une manière sensible chez quelques malades seulement. L'une des jeunes filles éprouve bientôt de la courbature quand elle se tient debout ; une autre se plaint de faiblesse dans les reins ; une troisième entend comme une sorte de *craquement* dans les régions opérées. Il en est une qui a de la peine à se baisser pour mettre ses souliers, ou à se relever en soulevant un fardeau. Il est pourtant vrai que la plupart n'ont point éprouvé de changement sous ce point de vue. En résumé, la myotomie rachidienne paraît à M. Malgaigne une opération plutôt nuisible qu'utile dans le traitement des déviations latérales de l'épine, et il trouve, d'après l'examen auquel il vient de se livrer, que les principes sont ici parfaitement d'accord avec les faits.

«Discussion.—Tel est en substance le mémoire de M. Malgaigne. Voyons maintenant jusqu'à quel point l'auteur de ce mémoire peut avoir raison. L'Académie ne peut point se le dissimuler ; la question est à la fois une des plus importantes et des plus délicates de la pratique chirurgicale. Le nombre des sujets atteints de déviation latérale du rachis est considérable. C'est une difformité qui, sans compromettre la vie, fait le désespoir des familles. Aussi met-on tout en œuvre pour la corriger, pour la guérir ou pour la masquer. Des établissements nombreux, entretenus à grands frais,

ont été créés dans presque toutes les capitales de l'Europe et dans une foule de villes moins importantes, en vue de ce genre de maladies. Si, d'une part, les jeunes filles et leurs parents ont un désir aussi vif que naturel de trouver dans les traitements qu'on leur propose un remède efficace, les chefs de ces établissements ont, d'autre part, un grand intérêt à ce que le public croie à la possibilité du redressement, de guérisons réelles de pareilles difformités. Aux premières annonces de ces guérisons par les moyens orthopédiques, les médecins n'eurent d'abord aucune raison de ne pas y croire; mais au bout de quelques années, des doutes commencèrent à se faire jour, et ces doutes, il faut bien l'avouer, ont été remplacés par l'incrédulité dans l esprit de beaucoup de praticiens depuis un certain temps, depuis surtout qu'un médecin, qui a longtemps dirigé lui-même un établissement orthopédique, s'est avisé de publier qu'on ne redressait point les déviations latérales du rachis, ef de mettre les autres orthopédistes au défi de lui montrer une seule de ces déviations complétement redressée!

»Il n'en est pas enfin des difformités du rachis comme des maladies en général, ni même comme des autres difformités. Règle commune, aucun motif ne porte les malades qu'on a traités d'une gastrite, d'une péritonite ou d'une fracture à faire croire qu'il ne reste plus aucune trace de leur maladie quand ils souffrent réellement encore. C'est tout le contraire pour les difformités de la colonne vertébrale. A l'âge de quinze à dix-huit ans, les intérêts de famille, des raisons de toute sorte que nous n'avons pas besoin d'énumérer, font que la jeune fille prend souvent son désir pour la réalité; croit volontiers être droite malgré sa difformité. En supposant qu'elle ne se fasse point illusion elle-même, elle ne manque pas moins de masquer, autant que possible, par tous les artifices imaginables de toilette ou d'attitude, la déviation dont elle est affectée. Il en résulte que si on l'a soumise à quelque traitement, elle reste fort disposée à soutenir que ce traitement a produit chez elle une guérison complète, et bien peu conviendront qu'il ne leur a été d'aucun secours, qu'elles sont aussi bossues qu'auparavant. L'intérêt comme les désirs d'un chirurgien, des malades et de la famille de ces derniers s'accordent ainsi parfaitement pour établir que la médication où la science en est encore à ce point aujourd'hui que le besoin réel existe de soumettre la question au flambeau d'une analyse rigoureuse, d'un examen sérieux. »Si on ne nous avait entretenus que d'une question purement scientifique, de science spécialement spéculative, ou encore d'une de ces questions dont l'application reste confinée dans un très petit cercle, nous eussions pu la laisser dans l'ombre, garder sur elle un silence protecteur, mais il s'agit d'un fait d'une extrême gravité; d'un fait qui, par la manière dont il a voulu s'imposer un instant, naguère, a imprimé à la profession une secousse si vive, que le monde médical en est encore tout ému; d'un fait, ou plutôt d'un problème dont la solution n'importe pas moins à l'ensemble de la société, à tout le monde, qu'à la science, aux praticiens, aux médecins proprement dits. Ajoutons que le chaos d'assertions, d'observations contradictoires invoquées à son occasion, et dont on assourdit depuis dix ans les Académies, renferme en réalité une inconnue, et que cette inconnue, qu'il s'agit de dégager, de mettre à nu, qu'il faut absolument aborder; que cette inconnue, disons-nous, est la *vérité*. Nous avons d'ailleurs pensé qu'il ne serait pas impossible d'atteindre le but, en faisant abstraction des individualités qu'on y a malheureusement rattachées, et qu'il appartient à l'Académie de se placer, pour juger un si grave sujet, au dessus des animosités, des petits amours-propres, des intérêts personnels enfin, qui tendent à l'obscurcir, qui, faut-il le dire, sont déjà parvenus à discréditer le fond même du débat. Toutes ces raisons, et d'autres encore, nous ont donc empêché de passer outre, et nous allons entrer, sans autre préambule, dans le cœur du sujet. Notre marche, ici, est toute tracée par la division du travail qui nous est soumis, et que nous avons indiquée au commencement de ce rapport.

§ I. Résultats cliniques fournis par la myotomie rachidienne. — La ténotomie, en général, avait à peine pris droit de domicile dans la pratique, que déjà on avait songé aux applications variées qu'il était permis d'en faire. Le fait capital, une fois admis, il n'était pas douteux qu'on ne tarderait point à en tirer, à en indiquer du moins toutes les conséquences possibles. Aussi un jeune chirurgien de Strasbourg, M. Held; imprimait-il, en 1836, que la ténotomie devait être appliquée *à toutes les difformités* occasionnées *par la rétraction musculaire*. « Nous pensons, dit-il, qu'une opération aussi simple et aussi légère doit être généralisée, *et appliquée à tous les cas de difformité dépendant de la contracture ou du raccourcissemnet musculaire*. » (Held, 1836, page 50). L'auteur, pour donner plus de force à sa proposition, souligne soigneusement la phrase que nous venons de citer. C'était là, comme on voit, une formule aussi générale que possible, et à laquelle les applications quelles qu'elles soient de la ténotomie échapperont difficilement. Nous même n'avons pas craint d'avancer en 1837 et 1838 que la ténotomie « s'applique ou peut s'appliquer à *tous* les tendons et aux muscles longs qui ne sont séparés de la peau par aucun organe important.»(Méd. opérat., tome 1er, page 538). Toutefois, ce n'était encore là que des formules générales embrassant la question dans toute son étendue, sans préciser d'une manière spéciale l'idée de la myotomie rachidienne. Mais cette idée, soit qu'elle ait été rendue publique antérieurement, soit qu'elle résulte de ses propres réflexions, fut introduite dans la presse par un chirurgien de Breslau, M. Pauli, au commencement de 1838 (page 377). Effectivement M. Pauli, énumérant les bienfaits de la ténotomie, trouve qu'il serait rationnel de l'appliquer aux déviations latérales de l'épine, et ne voit pas pourquoi les muscles long dorsal, sacro-lombaire, grand dorsal, etc., ne seraient pas attaqués par la ténotomie dans certains cas de difformité de la colonne vertébrael. Aujourd'hui les suppositions de M. Pauli se sont réalisées, des faits nombreux permettent d'en juger le mérite.

« Quand des exemples de myotomie rachidienne ont, en effet, été publiés à l'heure qu'il est par une foule de personnes Outre ceux qui ont été annoncés en France, nous en avons trouvé une assez longue série à l'étranger. S'il fallait prendre à la lettre les observations qui les concernent, la valeur de la myotomie rachidienne serait du reste bientôt décidée. Ainsi : M. *Briard*, qui pratique en Angleterre, a opéré quatre malades. Chez l'un une courbure latérale *considérable* disparut *immédiatement*. Les trois autres, qui étaient âgés de vingt ou vingt-deux ans, ne furent pas moins heureux. Un autre praticien anglais, M. *Child*, cite à son tour trois opérations semblables. L'un de ces malades avait une courbure de 9 centim. de flèche; les trois opérés n'en sont pas moins guéris au dire de M. Child, et assez promptement. M. *Whihead* n'a pas été moins heureux que les deux chirurgiens précédents chez un jeune homme âgé de vingt ans. Il en est de même de M. Laycock pour un autre cas. *M. Cocks*, *M. Hunter* ont aussi eu recours à la myotomie rachidienne avec succès.

« Si de l'Angleterre nous passons à l'Allemagne, nous verrons 1° que M. Klein (de Grussen) a réussi sur six malades, et que dans deux cas le redressement eut lieu *sur-le-*

champ. 2° 24 sujets ont été traités de la sorte par M. Cammerer. Il semble même que ce dernier praticien ait divisé les tendons ou les muscles, non sur la concavité, mais sur la convexité de la courbure. 3° Un orthopédiste de Canstadt, M. Hein, cite 58 cas de ténotomie rachidienne suivie de guérison chez 21 malades, et de simple amélioration chez les 37 autres. A cette liste déjà longue, nous pourrions ajouter MM. Neuman, Behrendt, etc., qui relate aussi des exemples de guérison obtenue par la myotomie rachidienne. Un fait frappe de prime abord dans ces observations : c'est qu'elles sont toutes si incomplètes, si vagues, qu'elles se réduisent véritablement à de pures assertions. Nulle part on ne voit d'une manière précise le degré de redressement obtenu, l'indication exacte de la difformité avant l'opération, la preuve que les malades ont été soumis ensuite à un rigoureux examen. Quand on voit, d'autre part, les opérateurs dire, comme s'il s'agissait de la chose du monde la plus simple, la plus naturelle, que des courbures énormes se sont dissipées à l'instant même par le fait de la ténotomie, il est bien permis de se demander si les auteurs de pareilles annonces ont parlé sérieusement, ont bien pesé toutes les conséquences du fait qu'ils annonçaient. De telles observations n'étaient pas de nature, on le pense bien, à élucider la question ; et comme il n'est pas possible de contrôler à Paris les faits publiés en Angleterre et en Allemagne, nous nous sommes vu, quoique à regret, dans la nécessité de mettre de côté tous ces matériaux, pourtant si nombreux et sans doute d'une valeur considérable. Nous n'en avons, du reste, que plus vivement senti le besoin de réunir les faits qu'il nous serait donné d'approcher matériellement. Nous avons donc pris le parti de rechercher les personnes indiquées par M. Malgaigne, comme ayant été traitées de déviation latérale de l'épine, bien convaincu que c'était aujourd'hui le seul moyen de savoir au juste à quoi se réduisent les résultats de la myotomie rachidienne.

« Le relevé qui a servi d'indication première à M. Malgaigne, annonce il est vrai 155 cas ; mais sur ce nombre, il n'y en a que 57 qui eussent été *traités*. Les autres n'ayant fait que passer dans le service ou à la consultation publique, M. Malgaigne ne s'en est pas occupé. Voulant procéder avec rigueur dans son appréciation, il a mis de côté, 1° les malades sortis depuis quatre ans ; 2° ceux qu'il n'a point retrouvés ; 3° ceux qui ont été opérés à la consultation ; 4° ceux qui ont été opérés pour autre chose, et 5° ceux qui sont restés moins de quarante jours à l'hôpital. Il ne tient ainsi compte, en définitive, que de 24 observations. La commission n'est point parvenue sans peine à retrouver à *voir* les jeunes filles dont il vient d'être question. Depuis leur sortie de l'hôpital, ces jeunes personnes ont été visitées un assez grand nombre de fois par divers médecins ou chirurgiens. Si elles se sont prêtées d'abord d'assez bonne grâce aux recherches dont elles étaient l'objet, elles ont fini par en être plus ou moins contrariées, et même par s'y refuser nettement. L'auteur du mémoire n'a pu en amener que deux. Une circulaire adressée aux autres par le président de la commission, en a fait venir deux nouvelles. C'est alors que, pour compléter notre travail, il a fallu nous rendre à leur domicile; là, nous avons appris que les unes n'avaient point répondu à notre invitation, parce qu'elles étaient indisposées; d'autres, parce qu'elles craignaient d'être examinées en public, ou soumises à quelque nouvelle opération ; d'autres par des motifs de pudeur ou de timidité facile à comprendre ; quelques-unes uniquement, enfin, parce qu'elles ne se souciaient plus de montrer leur dos.

« Pour rassurer l'Académie sur les risques prétendus qu'aurait couru sa dignité par ces visites domiciliaires, nous dirons tout d'abord que votre commission n'a été ma reçue nulle part. Dans un seul cas, le père de la jeune malade n'a voulu donner aucun renseignement. Partout ailleurs, nous avons pu voir, examiner les jeunes filles-mêmes, ou obtenir des parents les notions qu'ils pouvaient nous donner. Nous nous sommes procuré de la sorte les éclaircissements nécessaires à la solution du problème posé d'abord par M. Malgaigne, et nous avons acquis la certitude que, sous ce rapport, ses observations, à part quelques faits de détail d'un intérêt très secondaire, sont parfaitements exactes, qu'aucun des malades qu'il a cités n'a obtenu un redressement *complet* de sa difformité. Pour savoir à quoi nous en tenir sur ce chapitre, nous avons d'ailleurs éprouvé d'assez grandes difficultés. Soit par défaut d'intelligence, soit par suite d'illusions, soit par crainte de l'opinion publique, soit par l'effet de suggestions étrangères, les malades ou les parents nous ont si souvent donné des renseignements contradictoires, que nous avons bientôt reconnu la nécessité de ne guère en tenir compte. Avec quelques-uns, il suffisait de poser les questions plutôt de telle façon que de telle autre, pour que les réponses de la même personne fussent tout à fait opposées à deux minutes de distance. Chez d'autres, la mère parlait souvent dans un sens, la fille d'une manière toute différente ; de telle sorte qu'il n'eût point été difficile de leur faire certifier le blanc et le noir alternativement. Du reste, comme nous cherchions uniquement à savoir si leur colonne était droite ou non, nous avons fini par faire abstraction de ce que pouvaient nous dire les personnes intéressées, et par ne nous en rapporter qu'au témoignage de nos yeux en ce qui concerne les faits susceptibles d'interprétations diverses.

« Ajoutons que certaines de ces pauvres jeunes filles ont paru effrayées de la publicité qu'on pourrait donner à leur observation. Sous ce point de vue, les craintes de quelques-unes d'entre elles nous ont mêmes portés à taire dans notre travail leur nom et leur adresse, à ne les désigner que par le numéro qu'il nous a fallu leur appliquer. Ainsi les numéros 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25 qui correspondent à la majeure partie des observations de M. Malgaigne, représentent autant de jeunes filles qui ont été traitées à l'hôpital et dont l'épine vertébrale n'est certainement pas droite. S'ensuit-il que la myotomie rachidienne n'ait été utile à aucun de ces malades? Non, sans doute. S'il est vrai que plusieurs des jeunes opérées sont maintenant aussi difformes ou plus difformes qu'avant l'opération, il l'est aussi que la déviation de quelques autres a notamment diminué. C'est là un fait que M. Malgaigne s'est d'ailleurs plu tout le premier à signaler. Mais une autre difficulté se présente : la question est complexe ici ; les malades traités par la myotomie ont été soumis aussi à l'emploi des lits, des machines, des corsets orthopédiques, et qui peut dire que l'amélioration constatée n'appartient pas aux moyens mécaniques simples plus tôt qu'à la ténotomie ? L'embarras est d'autant plus sérieux que, d'après certains orthopédistes, les déviations *du premier et du deuxième degré sont presque toutes complétement curables* par les ressources simples de la mécanique.

« Nous sommes obligés de l'avouer, il y a un obstacle presque insurmontable, et nous craignons bien qu'on ne soit de longtemps en mesure de faire la juste part dans ces traitements complexes, et de la myotomie et des autres moyens employés concurremment, s'il était vrai, par exemple, que les résultats de la ténotomie ne fussent pas plus avantageux ailleurs que chez les malades observés par nous, si, en d'autres termes, ce que nous avons vu devait être considéré comme le type, comme la moyenne, de ce que

peut produire l'opération, on ne s'éloignerait guère de la vérité en concluant que cette opération est inutile; car il est incontestable que dans les établissement où les déviations sont traitées sans l'intervention de la ténotomie, on obtient des résultats au moins aussi avantageux que ceux qu'il nous a été donné de constater.

« La myotomie rachidienne est-elle une opération rationnelle? Quand même il serait démontré que la ténotomie n'a été d'aucun secours dans les cas cités par M. Malgaigne, nous ne serions pas en droit de refuser pour cela toute efficacité à cette opération. Il se peut, en effet, que des malades plus heureux existent, quoiqu'ils n'aient été rencontrés ni par l'auteur du mémoire, ni par nous; il se pourrait aussi que l'opération eût été sans succès entre les mains d'un praticien, quoiqu'elle fût susceptible d'une grande efficacité étant pratiquée par d'autres. Il y a donc lieu d'examiner jusqu'à quel point elles est d'ailleurs rationnelle, d'accord avec les principes de l'anatomie pathologique et de la mécanique. Nous trouvons, comme M. Malgaigne, que la théorie de Méry ou de Morgagni et de Delpech, qui tend à rapporter les déviations du rachis à une contracture des muscles, soit sous l'influence d'une lésion des centres nerveux, soit par tout autre cause, n'est soutenable que pour un certain nombre de cas : mais nous n'admettons pas que les courbures rachidiennes restent dépourvues de roideur musculaire. Chez tous les sujets, dans les difformités latérales de l'épine, trois faits ne doivent jamais être perdus de vue : 1° Une courbure du rachis en entraîne ordinairement une ou deux autres en sens inverse. 2° Dans les déviations de l'épine, le corps des vertèbres ne tarde pas à se déplacer, à subir un mouvement de rotation qui l'éloigne de la ligne médiane et de la direction des apophyses épineuses. 3° Les muscles ou les tendons placés dans la concavité des courbures finissent généralement, quand même ils ne seraient point affectés de contracture active ou convulsive dès le principe, par se racourcir secondairement pour se mettre en rapport avec la nouvelle forme et la longueur nouvelle de la colonne épinière.

« Pour que les trois courbures dépendissent de la rétraction des muscles, il faudrait admettre que le muscle sacro-lombaire ou le long dorsal, qui jouerait le principal rôle dans cette difformité, fût rétracté, contracturé, ou raccourci sur différents points alternes et opposés de sa longueur à droite et à gauche. On conçoit combien une pareille supposition est peu plausible, peu satisfaisante pour l'esprit. Les muscles qui viennent d'être nommés étant formés d'une infinité de faisceaux distincts par leur tendons, permettraient, à la rigueur, de comprendre qu'un ou plusieurs de ces faisceaux puisse se raccourcir quand les autres restent souples. Mais si cela était, il devrait en résulter une courbe unique, et non les trois courbures qu'on observe presque constamment chez les personnes affectées de déviation latérale de l'épine. Quant à la rotation du corps des vertèbres, c'est, il faut bien en convenir, l'obstacle le plus grand au redressement de la colonne, obstacle tel, que, arrivé à un certain degré, il rend ce redressement, sinon tout à fait impossible, du moins extrêmement difficile. Aussi les chirurgiens qui ont fait une étude approfondie de l'anatomie du rachis et des formes que revêt cette colonne dans le cas de déviation de la taille, ne se font-ils que difficilement illusion sur la puissance de l'art en pareil cas. Il est vrai que si les muscles des gouttières vertébrales se trouvent raccourcis, n'importe comment, on ne voit pas pourquoi *à priori* luer section ne serait pas invoquée dans le traitement des déviations de l'épine, pourquoi, en divisant ces muscles, on le rendrait pas plus facile l'action des machines et autres ressources orthopédiques dont l'utilité a déjà été sanctionnée par la pratique. Seulement il importe de ne pas s'abuser sur la valeur de la ténotomie en pareil cas, de ne s'y décider qu'autant qu'il aura été possible de constater *matériellement* l'existence de cordes roides ou tendues sur le côté concave de la déviation, non pas sous l'influence de certaines attitudes actives, mais bien pendant que, par un effet extérieur, on cherche à redresser la courbure.

»Il faut songer encore à cette particularité, savoir qu'après avoir coupé un faisceau du sacro-lombaire dans un point, je suppose, on peut craindre que d'autres faisceaux du même muscle soient raccourcis ailleurs ou plus profondément; que la même chose peut être dite du long dorsal, du transversaire épineux, etc. On ne devrait point oublier non plus que si les muscles, dont les points d'attache ont été rapprochés par les courbures de la colonne vertébrale jouent ici un rôle, il en doit être de même des tissus fibreux, des ligaments en particulier. En détruisant la résistance de quelques cordes musculaires, on ne fait, au demeurant, disparaître qu'un des points, qu'un des éléments de la maladie, des obstacles au redressement du rachis.

»Relativement aux inconvénients, aux dangers de l'opération, sans les nier absolument, nous croyons pourtant qu'ils se réduisent généralement à peu de chose. Nous ajouterons même que la ténotomie, au point de vue du manuel opératoire, est plus facile et moins redoutable encore le long du rachis que partout ailleurs. Là, point de vaisseaux volumineux, point de gaines fibreuses ou synoviales, point de nerfs, rien d'important, en un mot, qui puisse être atteint par l'instrument. De la peau jusqu'aux os, il n'y a réellement que les tissus cellulo-fibreux et musculaire, et par conséquent impossibilité de se fourvoyer en opérant; aucun ménagement délicat à prendre en manœuvrant avec le couteau. Si dans ce point, comme ailleurs, il peut se faire des épanchements de sang, si l'érysipèle, de la suppuration peuvent prendre la piqûre pour point de départ; il est certain que ce sont des accidents rares et dont la gravité n'a rien de sérieux jusqu'à présent. Quant à la douleur dont quelques jeunes personnes ont parlé, et à la faiblesse qui a persisté chez quelques autres, elles ne constituent pas un accident assez fréquent, assez gênant pour contre-indiquer l'opération si l'efficacité de cette dernière était d'ailleurs bien démontrée.

»*En résumé :* 1° Les observations contenues dans le mémoire de M. Malgaigne sont très exactes; 2° Toutes ces observations se rapportent à des sujets traités pendant plus ou moins longtemps, pour des déviations latérales de l'épine qui persistent encore; 3° Ce résultat, contraire à ce qui a été dit en France, à ce que quelques praticiens semblent croire, n'est pas d'accord non plus avec les résultats annoncés, soit en Angleterre, soit en Allemagne, par un certain nombre de chirurgiens; 4° Les faits publiés à l'étranger sont trop incomplets, trop vaguement exposés, trop contraires à ce qu'indiquent l'anatomie pathologique et la mécanique pour inspirer une grande confiance; 5° Dès lors, il y a lieu de n'accepter aucun fait de ce genre sans l'avoir soumis à un contrôle rigoureux et *authentique*; 6 Rien, jusqu'à présent, ne vient à l'appui de l'opinion de ceux qui attribuent *presque toutes les courbures latérales du rachis* à une rétraction convulsive ou active du système musculaire; 7° Le raccourcissement secondaire de certains muscles dans la concavité des courbures doit cependant empêcher de rejeter, *à priori*, la myotomie rachidienne d'une manière absolue; 8° Cette opération n'expose d'ailleurs qu'à de très légers inconvénients; 9° Les effets de la ténotomie ont d'autant plus besoin d'être surveillés ici, qu'il n'est pas possible

de les invoquer seuls; que les moyens mécaniques doivent toujours leur venir en aide; 10° Immédiatement après l'opération, du sang infiltré, une tuméfaction traumatique quelconque, pourrait à la rigueur en imposer, en comblant momentanément la concavité de la courbure; 11° S'il est vrai que les déviations latérales du rachis soient susceptibles d'être *simulées*, il l'est aussi qu'elles peuvent être *dissimulées* jusqu'à un certain point par de certaines attitudes; 12° Aussi, les plâtres pris sur nature avant et après le traitement, sont-ils loin d'avoir, en pareil cas, la valeur que quelques personnes leur attribuent; 13° Il faut dire encore que, d'après nos recherches, l'amélioration qui a semblé résulter de la myotomie ou des moyens orthopédiques qu'on y avait associés, ne s'est pas toujours maintenue, que souvent même elle a fini par disparaître complètement; 14° Une dernière remarque; c'est que, chez nombre de jeunes filles, l'amélioration qui a fini par se manifester a pu dépendre autant des efforts spontanés de l'organisme, des progrès de l'âge, des exercices gymnastiques, d'un plus grand embonpoint, amené par le régime, etc., que de la myotomie ou des extensions qu'elles avaient subies.

»Au demeurant, nous croyons être justes en déclarant : 1° Que M. Malgaigne a bien mérité de la pratique en montrant, sous leur véritable jour, des faits présentés jusques-là d'une manière inexacte ou incomplète; 2° Que des remercîments lui sont dus pour avoir fait ressortir de ces faits des vérités dont la connaissance n'importe pas moins à la sécurité des familles qu'à la science et à la dignité de notre profession; 3° Qu'il convient d'imprimer son travail dans le prochain volume des Mémoires de l'Académie. »

— *P. S.* L'Académie a adopté ce rapport et en a formulé ainsi les conclusions : 1° Remerciements à l'auteur; 2° Insertion du mémoire dans le *Bulletin* officiel l'Académie.

— Du pouls veineux. — Dans la séance du 8 octobre de l'académie de médecine, M. Martin Solon a lu un travail sur le pouls veineux, observé sur les veines du dos de la main chez deux individus qu'il a traités de pleuropneumonie à l'hôpital Beaujon. On sait que le pouls veineux ne s'observe ordinairement que sur les veines jugulaires externes chez des personnes atteintes de maladies du cœur. Morgagni expliquait les pulsations qu'on remarque aux veines du cou de ces personnes, par l'obstacle que le sang veineux éprouve dans sa précipitation dans le cœur droit; l'espèce de reflux qui s'en suit est la cause de ce mouvement ondulatoire que les veines présentent. Dans ces dernières années, le même phénomène a été observé dans les veines d'autres régions, comme au bras et à la main. Dans le premier cas de M. Martin Solon, il s'agit d'un jeune homme peintre, âgé de 13 ans, atteint de pleuropneumonie double; les pulsations du cœur sont très fortes, mais cet organe n'est point hypertrophié. On le traite avec des saignées abondantes et du tartre stibié à haute dose. Vers le dixième jour, lorsque le malade entrait presque en convalescence, on s'apperçoit que la plupart des veines dorsales de chaque main étaient agitées de mouvements insolites, semblables aux artères superficielles. « Dans ce pouls veineux, dit l'auteur, les veines saillantes et arrondies sont comme transparentes, d'une couleur rose, légèrement bleuâtre, et présentent un mouvement de diastole et de systole sensible à la vue et appréciable au toucher, aussi bien que celui de l'artère radiale, quand elle est superficielle. Ce mouvement est tout à fait isochrone avec celui du pouls. Il cesse lorsque l'on comprime les veines vers les doigts, et persiste, au contraire, lorsque la pression s'exerce sur le poignet. Dans le premier cas, les veines diminuent de volume; elles augmentent dans le second. La compression du tronc brachial fait en même temps disparaître les pulsations des artères radiale, cubitale, et des veines dorsales de la main. Enfin, l'examen le plus attentif nous démontre que le mouvement pulsatif des veines n'est communiqué à ces vaisseaux ni par les artères sous-jacentes, ni par l'agitation des tendons. Nous constatons en outre, que, sauf l'énergie de ses battements, le cœur n'offre rien d'insolite, qu'il existe un bruit de souffle bien appréciable, et souvent nul dans les artères carotides, et que les veines jugulaires présentent de temps en temps une sorte de reflux sans isochronisme avec le pouls; mais dépendant, sans doute, de l'activité plus grande de la circulation veineuse et de la réplétion plus considérable de l'oreillette droite. » Ces phénomènes ont duré pendant sept jours avec une intensité variable. Le malade a guéri.

Dans le second fait, il est question aussi d'un jeune homme de bonne constitution, mais dont les battements du cœur étaient faibles; il est entré à l'hôpital pour une pleuropneumonie très intense. Le pouls veineux s'est déclaré aux deux mains, et a duré plusieurs jours, comme dans le cas précédent. M. Martin Solon explique le phénomène par une double hypothèse : il suppose d'une part un excès d'action impulsive du cœur sur le sang artériel, et d'autre part un état de déliquescence du sang qui fait passer ce liquide promptement dans le système capillaire veineux, en lui conservant le mouvement qu'il avait reçu de l'organe central. « Ce que nous venons de dire du pouls veineux fait comprendre, dit l'auteur, comment dans certaines saignées, ce que l'on a observé chez l'un de nos malades, le jet du sang présente une impulsion saccadée, isochrone avec les battements artériels. » La conséquence pratique que tire M. Martin Solon de l'existence du pouls veineux, c'est qu'on doit s'abstenir de saigner, et insister sur les remèdes hyposthénisants internes. Cette conséquence n'a d'autre base, comme on le voit, que la présomption de la déliquescence du sang. Cette doctrine a été attaquée par M. Poiseuille, qui explique le fait par la seule impression excessive du cœur gauche; l'action sur le sang artériel se transmettrait ainsi de proche en proche, jusqu'aux capillaires artériels et veineux, et quelquefois aussi jusqu'aux grosses veines du membre thoracique. M. Velpeau a vu un cas où toutes les grosses veines du bras pulsaient exactement comme les artères. Nous devons faire remarquer que la présomption de la déliquescence du sang est loin d'être prouvée chez ces deux malades, et que dans les cas où le sang est réellement liquéfié, comme dans le scorbut et dans l'empoisonnement arsénical, on n'observe nullement le pouls veineux. L'explication de

M. Poiseuille semble plus rationnelle. D'après M. Mojon cependant, le pouls veineux dépendrait d'une exagération morbide de l'action aspirante de l'oreillette droite du cœur, et par un mécanisme analogue à celui de l'introduction de l'air dans les veines. Toujours est-il, cependant, que le phénomène en question indique un surcroît dans l'organe central de la circulation, ce qui réclame l'usage des remèdes hyposthénisants.

Correspondance.

Préparations aurifères. — *A M. le Rédacteur en chef des Annales Thérapeutique et de Toxicologie.*

Monsieur et très-honoré confrère. — Je vous suis trop reconnaissant de la publicité que vous avez bien voulu donner au succès obtenu par M. Robert, à l'aide des préparations d'or, dans le traitement d'une maladie aussi terrible que le cancer, pour ne pas vous soumettre mes idées sur un article que vous avez admis, par excès de confiance sans doute, dans votre fascicule de Septembre dernier. Les erreurs graves qu'il contient pourraient discréditer les préparations d'or dont l'efficacité est aujourd'hui généralement reconnue; et j'aime à croire que vous m'aiderez, au contraire, à accréditer de plus en plus ces conquêtes de la thérapeutique moderne. D'après cet article, dont les assertions, aussi hasardées que formelles, m'ont causé une vive peine, et où l'auteur se prévaut d'avoir mangé de l'or métal et des composés auriques, en quantité, comme si cela prouvait la moindre chose, la propriété tonique, excitante des préparations d'or est imaginaire. «Les modernes, y est-il dit, ont reçu cette sentence des mains des alchimistes, comme les prêtres de St. Janvier ont reçu la fiole du sang miraculeux des mains des païens.» Le chlorure d'or lui-même n'est, d'après cet auteur, qu'un hyposthénisant vasculaire; et, à ce titre, il provoque les urines, les selles, les menstrues, *s'il est donné à dose convenable.* Or, cette dose convenable ne consiste pas dans des milligrammes, mais bien dans des grammes. « Qu'est-ce donc, s'écrie l'auteur, que cette ridicule administration par frictions de quantités infinitésimales d'une poudre insoluble sur la langue ? » A cette question et à tout ce qui précède, je me garderai bien de répondre par des faits tirés de la pratique de mon oncle ou de la mienne, et prouvant non seulement que les choses par fraction de grain suffisent pour guérir dans la pluralité des cas, mais encore qu'il est souvent dangereux de les dépasser : l'auteur de l'article que je combats a trop affecté de ne pas citer notre nom dans l'historique auquel il s'est livré; il a trop bien indiqué son but, de faire croire que tout ce qui a été dit jusqu'ici sur les préparations d'or est du fratras, et qu'à lui seul appartient l'honneur d'indiquer le mode convenable d'administrer ces préparations, pour que je ne reconnaisse pas la nécessité de puiser mes moyens de réfutation à des sources irrécusables.

Je ne me contenterai donc pas de citer ici le cas d'une dame chez laquelle le docteur Soria, médecin de Charles IV, roi d'Espagne, quand vivait, observa, dès les premières frictions, l'ulcération de la langue et de tout l'intérieur de la bouche; ni l'expérience du célèbre Gozzi, de Bologne, qui a parfaitement expliqué pourquoi certains n'obtiennent que de mauvais effets des préparations d'or, et surtout de l'hydrochlorate; ni celle du docteur Duffour, médecin fameux de Barras, qui a souvent vu des symptômes de surexcitation survenir à la suite de trop fortes doses; ni le témoignage du docteur Niel, dont l'ouvrage consciencieux ne saurait assez être consulté par les amis du judicieux et du vrai; ni celui du docteur Legrand, dont le livre appuie l'efficacité des préparations d'or (telles que mon oncle en a doté la matière médicale) sur quatre cents observations recueillies par des médecins de divers pays. Mais n'ai-je pas droit d'espérer que le rapport fait à l'Académie des sciences par Percy, qui n'y ménagea ni la raillerie ni le sarcasme, doit faire autorité dans cette importante question? Or, Percy dit, au nom de la Commission dont il était le rapporteur, que l'un des six jeunes écrouelleux qui furent traités par l'*or divisé* se plaignit, dès la quatrième friction, de ne pouvoir plus manger, et qu'il eut les gencives rouges et tuméfiées, avec un crachement qui dura quinze jours. Il ajouta même qu'il était survenu, à plusieurs reprises, sur deux autres de ces six enfants, une légère diarrhée muqueuse. Percy dit encore que, chez plusieurs syphilitiques, le *muriate triple* administré en frictions sur la langue, aux doses indiquées par mon oncle, éveilla une sensibilité générale, et convertit l'état indolent des tumeurs soit osseuses, soit glanduleuses, en un état d'exaspération et d'inflammation qu'il fut difficile de calmer.

Comment, après de pareils résultats obtenus par des expérimenteurs choisis au sein du premier corps savant de la France, l'auteur de l'article que je réfute a-t-il pu avancer que, «comme remèdes internes, les préparations aurifères ne doivent être acceptées qu'autant qu'elles sont solubles?» Comment a-t-il pu proposer d'administrer le chlorure d'or aux doses énormes qu'il indique? Quant à la préférence qu'il accorde au sel aurique simple sur le sel triple adopté par mon oncle, elle me surprend d'autant plus, que sa déliquescence et sa causticité l'avaient fait abandonner depuis longtemps. Ce n'est, en effet, qu'après avoir reconnu les inconvénients du sel simple que mon oncle s'occupa des diverses préparations avec lesquelles il obtint de si beaux succès. Dans l'espoir que vous voudrez bien communiquer à vos lecteurs au moins le sens de mes idées, afin qu'ils puissent y réfléchir, et que l'*Abeille*, ainsi que les journaux qui ont reproduit l'hérésie de votre collaborateur, reproduisent ma réfutation, je vous prie d'agréer, Monsieur et très honoré confrère, l'assurance de mon estime et de ma considération les mieux senties.

A.-T. CHRESTIEN, professeur agrégé à l'Ecole de Montpellier, etc. (Gaz. méd. de Montpellier, 15 nov. 1844.)

Réponse du Rédacteur des Annales à M. le docteur Chrestien.

Monsieur et très-honoré confrère. — Je m'empresse d'autant plus volontiers de répondre à la lettre dont vous m'avez honorée; qu'elle touche à l'une des questions de haute thérapeutique que je crois avoir le premier soulevées en France, je veux parler de l'appréciation de l'action dynamique des médicaments et des poisons, appréciation qui vise à rien moins qu'à ouvrir une carrière nouvelle à l'art d'appliquer les remèdes au traitement des maladies et des empoisonnements. Si je saisis exactement la substance de votre épître, il s'agit de deux conditions dont je me serais rendu reprochable à vos yeux : 1° de ne pas avoir cité votre nom dans mon article; 2° d'avoir adopté, sur les composés auriques, des opinions différentes de celles qu'a professées monsieur votre oncle et que vous enseignez vous même, qui êtes le digne continuateur d'un praticien aussi [illegible]

Je dois, avant d'entrer dans quelques détails, déclarer que loin de décliner la responsabilité de l'article en question, je la prend toute entière, car il est de moi comme tous ceux qui paraissent sans signature dans les annales. J'ai trop manié, expérimetné l'or, au double point de vue chimique et thérapeutique, pour ne pas attacher aux opinions que j'ai exprimées dans mon travail toute la valeur qu'elles représentent en réalité, et c'est sans doute par un excès d'urbanité et de délicatesse de votre part que vous avez bien voulu supposer qu'il s'agit d'un article communiqué et inséré par moi légèrement, par manque d'appréciation ou par trop de confiance comme vous dites. Tranquillisez vous donc à cet égard; non seulement il s'agit d'un travail sérieux, élaboré de longue main, mais encore officiel si je puis m'exprimer ainsi ; car il forme l'un des anneaux d'une grande chaîne de faits nouveaux par lesquels doit s'effectuer la reforme thérapeutique à laquelle se sont vouées les Annales. Je prends, en conséquence, pour moi-même les reproches, un peu durs à la vérité, *d'assertions hasardées*, *d'hérésies*, *d'erreurs graves*, etc. que vous avez bien voulu appliquer à de l'auteur de l'article, et je tâcherai de leur enlever toute signification réelle. — Je passe rapidement sur le premier reproche, car il s'agit d'une omission, je ne dirai pas involontaire; le nom des docteurs Chrétiens étant aussi inséparable des préparations d'or, que celui des Vanswieten et des Lugol, des composés mercuriels et iodés; mais inspirée par un sentiment de convenance et de respect envers un nom honoré dans la science, attendu que les opinions que j'avais à soutenir étaient diamètralement opposées à celles qu'avait enseignées M. votre oncle, et qui sont devenues aujourd'hui celles d'un grand nombre de médecins. Aussi ai-je cru pouvoir m'abstenir de citer des noms propres, et ne parler qu'en thèse générale, des données pratiques que je croyais alors, comme à présent, défectueuses ou erronnées.

Votre seconde objection est bien autrement complèxe et sérieuse. Vous ne voulez pas qu'un médicament, tel que l'or, ingéré en état de santé, produise un effet quelconque; ou du moins que cet effet signifie quelque chose. J'en suis fâché ; cependant s'il est vrai, comme vous le dites, que l'or est un excitant phyque comme il l'est au moral, on ne voit pas pourquoi il ne se comporterait pas comme le vin, l'alcool, l'eau-de-vie, le rhum, la canelle et l'opium, qui élèvent toujours le rythme des fonctions organiques jusqu'à la congestion apoplectique, en santé comme en état de maladie. — Vous pensez que la poudre d'or est un remède énergique, dangereux même, si on en force un peu la dose. Je persiste, de mon côté, à croire que cette préparation, comme toutes celles de composés minéraux qui se rapprochent de l'état métallique, est des plus faibles, des plus défectueuses, par cela même qu'elle n'est point soluble et presque pas absorbable. Le chlorure lui-même qui est, selon moi, la forme vraiment sérieuse, a pu être donné à la dose de 7 centigrammes par jour, chez le malade de M. Robert, qui est sorti complétement guéri de son affection cancroïde si grave de la langue et des ganglions sous-maxillaires.

Vous voulez que l'or soit un tonique, un excitant, et en preuve vous citez des opinions ou des ombres de faits qui, à part le respect dû à leurs auteurs, ne signifient absolument rien! Une discussion sérieuse, profitable à la sienne, est absolument impossible sur de pareils énoncés des vieux temps. Vous partez de l'hypothèse que la scrofule, la syphilis, sont des maladies de faiblesse, et que par conséquent, l'or qui les guérit quelquefois, doit être un excitant; je réponds par un *nego suppositum!* Vous invoquez les sécrétions déterminées par le médicament comme une preuve de tonicité ; c'est encore là une erreur, et vous confondez l'action locale du remède sur la langue et les gencives, avec l'action dynamique. On croyait aussi autrefois que les mercuriaux, le sulfate de quinine, l'arsenic, etc., étaient des remèdes toniques, excitants, incendiaires, etc. On n'y croit plus, aujourd'hui que le dynamisme commence à être compris et adopté. Vous voulez enfin, que les 400 observations recueillies par M. Legrand, rendent votre croyance incontestable; je prétends moi, que ces 400 observations ne prouvent pas plus, que les 20 mémoires de M. Orfila sur l'arsenic normal, et les 20 piles d'assiettes remplies de taches, que ce toxicologue distribuait naguère du haut de la tribune de l'Académie de médecine, à l'appui de ses élucubrations; je dirai même que si tout cela signifie quelque chose, c'est précisément le contraire des conclusions de l'auteur.

Vous comprenez, Monsieur et honoré confrère, qu'il m'est impossible d'entrer ici dans de plus longs détails. Veuillez, en conséquence, reprendre la question d'après les faits bien spécifiés de votre pratique et de celle de Monsieur votre oncle, et je me ferai un devoir de vous suivre sur le terrain de la clinique; j'ai la conviction de vous ramener à l'adoption des idées de l'article qui vous a tant choqué au prime-abord. Agréez, etc. ROGNETTA.

TAILLE HYPOGASTRIQUE. — Dans un manuscrit que nous a communiqué M. Jobert, d'un habile chirurgien de province, M. Bonjour, de Lamballe, l'on trouve les détails de sept opérations de taille qu'il a pratiquées avec succès, et dont quatre par le haut appareil, qui offrent un véritable intérêt pratique, au point de vue de l'infiltration urinaire. Pour prévenir ce terrible accident, M. Bonjour a suivi une pratique digne d'être notée. Après avoir extrait la pierre par l'hypogastre, l'auteur introduit deux doigts dans la vessie, en attendant que de l'autre main il enfonce dans cet organe un troisquarts par le périnée, et laisse la canule en permanence, pendant dix à douze jours, pour le libre écoulement des urines de ce côté ; de cette manière, la plaie reste à sec et se guérit promptement. On comprend que ce procédé n'offre pas la gravité de la boutonnière que pratiquait frère Come avec le bistouri. Lorsqu'il n'a pas fait usage de ce système de la ponction périnéale, M. Bonjour a eu soin de prolonger beaucoup en bas le bord inférieur de la plaie hypogastrique, afin de favorirer l'écoulement des urines.

Angine tranchéale. croup. *Pommade d'huile de croton.* — On a employé dernièrement en Angleterre avec un avantage très remarquable, l'huile de croton tilium, sous forme de pommade, dans des cas d'angine tranchéale très grave, accompagnée de suffocation et de coma chez les enfants, et dans des cas désespérés de croup où les médications ordinaires avaient échoué. L'huile a été incorporée à la dose de douze gouttes dans huit grammes (deux gros) de graisse à frictionner tous les quarts d'heure le long de la trachée, gros comme un pois.

FAITS CRITIQUES.

Maisons d'aliénés. Question grave d'enlèvement et sequestration d'une femme. — Les journaux judiciaires ont retenti dernièrement d'une affaire grave que vient de juger le tribunal civil de la Seine, concernant une femme qu'on avait été enlevée de chez elle par ordre de l'autorité municipale et d'après la dénonciation de son mari, et enfermée comme folle dans la maison d'aliénés du docteur Brierre de Boismont où elle est restée sequestrée plus de trois mois. Le tribunal ayant été saisi d'une demande à fin de mise en liberté, à délégué M. Ferrus afin de l'assurer de l'état mental de la patiente. Le rapport de ce médecin ayant conclu négativement sur la question de l'aliénation, le tribunal a ordonné sur le champ la mise en liberté de la femme, a retenu le mari en cause, et a donné à la patiente plein droit de réagir juridiquement contre qui de droit.

Dans les débats de cette affaire, il est dit que : « Le docteur Brierre de Boismont, dans son rapport de quinzaine, du 24 juillet 1844, déclare que l'examen de la dame Lemaître, auquel il s'est livré ne lui a révélé, à l'arrivée de cette dame, aucune incohérence dans ses discours; et elle ne pouvait s'expliquer pourquoi elle avait été arrêtée et conduite à la préfecture de police. Il déclare, en outre, que la dame Lemaître ne présente aucun signe de trouble; mais, en même temps, il ajoute qu'il se défie des accusations graves qu'elle porte contre son mari, parce qu'elles ont un caractère de fausseté qui se rencontre habituellement chez les aliénés calomniateurs. Le docteur Brierre de Boismont dit, en terminant, qu'il croit nécessaire de tenir la dame Lemaître sequestrée pendant quelques mois pour l'empêcher de se livrer à l'excès du vin et des habitudes de violences. »

(*Gaz. des Trib.*, 20 oct.)

Si ce résumé est exact, et nous devons le croire, puisqu'il n'a pas été démenti, il nous sera permis de présenter une simple observation au point de vue médico-légal. On est d'abord frappé d'une contradiction flagrante dans le rapport de M. Brierre; car, tandis qu'il déclare d'une part que la patiente n'a présenté aucun signe d'aliénation, il la classe d'autre part au nombre des aliénés calomniateurs! M. Brierre ne tenait donc compte ni de l'état inculte de l'intelligence du sujet ni de son caractère naturellement violent dont il a été question dans les débats? Et comment, d'après ces données, M. Brierre a-t-il pu donner pour conclusion : « qu'il croit nécessaire de tenir séquestrée la dame Lemaître pendant quelques mois pour l'empêcher de se livrer à l'excès du vin et à des habitudes violentes!! » Il ne s'agit donc plus de folie!!!

— Il est vivement à désirer, dans l'intérêt des familles, que la législation relative aux maisons de santé d'aliénés soit complétée. On ne s'imagine pas toutes les erreurs qu'on peut commettre tant que la loi permet qu'un docteur soit à la fois exploitateur et médecin de ces sortes de maisons. Comment se fait-il que la loi défend aux médecins inspecteurs des eaux minérales d'avoir un intérêt quelconque dans l'exploitation des sources, tandis que tout est encore à régler dans une exploitation bien autrement ardue et délicate?

La médecine chimique. — « Il n'y a point d'auteurs qui aient plus fréquemment tenté de tromper les lecteurs en fait ne matière médicale que les chimistes » (Cullen, Mat. méd. t. 1, p. 25).

Les chirurgiens bâtards, — « Les grands hommes ont eu besoin des connaissances des siècles précédents; mais un empirique, un barbier, enfin un ignorant, sait se suffire à lui-même; il a seul tout le savoir de toutes les nations » (Zimmermann).

Les oculistes. — « Les oculistes pensent avoir fait assez lorsque par la publication de quelques cas heureux, ils ont convaincu le public et le corps médical de leur habilité » (Mackenzie).

Les soi-disant praticiens. — « On suppose ordinairement que le médecin qui voit le plus de malades a la plus d'expérience, Cette supposition est fausse. Le médecin fort occupé voit les maladies superficiellement, faute de temps. Le médecin peu occupé observe avec plus de loisir et plus soin chaque cas particulier. — De plusieurs médecin, ou également éclairés ou également bornés, ceux qui verront le plus de malades à la fois seront les moins sûrs. L'esprit ne court pas si vite que les médecins. Un médecin trop occupé voit trop et ne pense pas assez. — Ce n'est donc pas le grand nombre de malades, mais la capacité de tirer de chaque cas particulier tout le parti possible, qui fait l'habileté du médecin. » (Zimmermann, Traité de l'Exp. l. 5, ch. 3.)

BIBLIOGRAPHIE.

Du diagnostic anatomique des maladies du foie; par M. le docteur Vernois, médecin du bureau central des hôpitaux. Broch. in-4° de 84 pages. Paris 1844.

Traité de la nature des complicatione et du traitement des plaies d'armes a feu, *par le docteur Serrier*, chir. sous aide-major et chef de clinique des hôpitaux de Marseille. Ouvrage couronné (médaille d'or) par M. le Ministre de la guerre, en 1844. (concours général de chirurgie militaire). Un vol. in-8° de 300 pages. Paris, chez Juste Rouvier, lib. rue de l'École de médecine, 8.

L'ouvrage dont on vient de lire le titre peut être considéré comme un résumé bien fait des travaux modernes sur les pjaies d'armes à feu, sorte de manuel redigé avec soin et qui rendra de véritables services aux jeunes chirurgiens d'armée. On ne s'attendra pas de trouver des faits nouveaux dans un travail de ce genre, mais l'auteur a si bien saisi, discuté et formulé les connaissances acquises sur ce genre de lésions, que son travail se laisse lire avec un véritable intérêt. Les sources aux quelles M. Serrier a puisé sont celles de nos meilleurs maîtres et son travail est par cela même tout aussi recommandable que ses modèles. C'est déjà dire que l'ouvrage dont nous venons de rendre compte tiendra une place distinguée dans la bibliothèque de l'élève en chirurgie militaire, comme dans celle des praticiens.

— Nouvelle analyse des bruits du coeur; par M. Roanet, D. M. Broch. in-8. Paris, chez Rouvier, ibid.

— Art de soigner les malades; par M. L. Bertrand, D. M. Un petit vol. in-12. Paris, chez Fortin, Masson et comp., place de l'École-de-Médecine, 1.

— Sur le traitement des rétrécissements de l'urètre; par M. Béniqué, D. M. Broch. in-8. Ibid.

PARIS. — IMPRIMERIE DE LACOUR ET COMP.,
Rue Saint-Hyacinthe-Saint-Michel, 33.

Deuxième Année. **Ce Journal paraît le Ier de chaque mois.** **No 10. — Janvier 1845.**

ANNALES DE THÉRAPEUTIQUE

MÉDICALE ET CHIRURGICALE

ET

DE TOXICOLOGIE.

Cette publication a pour but d'approfondir l'étude des Médicaments, des Poisons, des Eaux minérales, et de faire connaître avec exactitude la Pratique des Hôpitaux de Paris.

REVUE MENSUELLE DES HÔPITAUX.

PUBLIÉES PAR

M. le Docteur ROGNETTA,

Ancien Rédacteur de la *Gazette Médicale* et de la *Gazette des Hôpitaux*.

L'abonnement est de
Pour Paris. . . 10 fr.
Pour la Province 12
Pour l'Étranger. 14

On s'abonne à Paris,
Chez
LE RÉD. EN CHEF,
Rue des Petits-Augustins, 15 bis.

« Pour moi, je crois qu'un seul homme peut embrasser toutes les parties de l'art; et, puisqu'on les a divisées, je » fais surtout cas de celui qui réunit le plus de connaissances qui le concernent. »

(Celse, liv. 7. c. 1.)

ÉTUDES SUR LES EAUX MINÉRALES.

« Les eaux minérales sont une richesse dont on doit compte à l'humanité.
» Alibert. »

—

Des eaux réputées salines (2e article).

A un point de vue philosophique, la question relative à l'origine du chlorure de sodium dans les eaux minérales, en particulier dans celles de la mer, offre de l'intérêt; et elle n'est, d'ailleurs, pas tout-à-fait oiseuse pour la physiologie, puisqu'il est prouvé que du sel marin peut quelquefois s'engendrer de toute pièce dans l'économie animale. On n'ignore pas, en effet, que certains kystes (les kystes hydatiques, par exemple) contiennent un liquide fortement chargé de ce sel. On ne dira pas que ce corps soit arrivé dans ces cavités morbides aux dépens de celui que l'homme ingère journellement avec ses aliments, puisque ce sel là est décomposé par les forces qui président à la digestion; et c'est probablement de là qu'émane cette quantité plus ou moins considérable d'acide hydrochlorique que l'on rencontre constamment dans les sucs gastriques. N'allez pas croire, cependant, que, par suite de ces idées, nous adoptions le moins du monde le rêve de M. Mialhe, concernant la conversion prétendue dans l'estomac, du proto-chlorure de mercure en bichlorure; nous nous sommes déjà expliqué à cet égard.

On comprend jusqu'à un certain point que, dans leurs filtrations souterraines, les eaux minérales se chargent plus ou moins de chlorure de sodium, puisque du sel gemme se rencontre dans une infinité de terrains. Nous avons cité précédemment des exemples, surtout en Algérie et en Allemagne, de fontaines, de lacs, de puits, de rivières, tout-à-fait salés, et l'on trouve, d'ailleurs, des montagnes ou des filons de sel qu'on exploite comme de véritables mines. L'induction avait naturellement rapporté à cette origine les torrents incalculables de sel qui imprègnent les eaux de la mer. Rien de plus simple, en effet, que de supposer primitivement, au fond des mers, des montagnes de sel gemme que l'eau dissoudrait sans cesse, et auxquelles s'ajouteraient les autres sels que les eaux des rivières superficielles ou souterraines y apportent de tous les points du continent. Quelque plausible, cependant, que cette présomption puisse paraître, elle est loin de rendre suffisamment compte de l'égale distribution du sel dans presque toutes les mers, de sa proportion invariable dans l'eau marine, de son inépuisement depuis un si grand nombre de siècles, etc.

Le célèbre Davy, qui s'était lui-même occupé de cette question, avait repoussé ces hypothèses, et était arrivé à cette conclusion : que le sel se reproduisait sans cesse au fond des mers par la présence du chlore qui en est le véritable générateur, et de la soude qui se rencontre partout dans la nature; il se produit, se reproduit perpétuellement, par des actions chimiques générales, à l'instar du nitrate de potasse et du sel ammoniac qui s'engendrent sous nos yeux et autour de nous, sur nos murs, etc. On peut donc supposer que, dès son origine, l'eau de la mer s'est trouvée chargée de sel comme aujourd'hui, sous l'influence des mêmes causes générales qui l'entretiennent dans le même état depuis tant de siècles. S'il est vrai que la surface de la terre était incandescente en origine, comme l'est encore aujourd'hui son centre (au dire des astronomes, des physiciens et des géologues), la formation des mers n'a pu avoir lieu que vers la période de refroidissement de la superficie du globe, et par suite de la chute des matières que la chaleur entretenait à l'état de vapeur. Or, rien n'est plus commun que de voir le principe générateur du sel marin

se dégager avec les vapeurs des volcans à l'état d'acide chlorhydrique ou de chlorhydrate d'ammoniaque (Dupasquier). Par conséquent, ce même principe que la terre, elle-même incandescente, avait dû donner à l'atmosphère, a pu, comme à présent, donner naissance au corps salin qui imprégne les eaux marines. Dans la crainte de trop sortir des limites de l'hydrologie médicale, nous ne poursuivrons pas davantage ces conjectures; contentons-nous seulement de faire remarquer que la doctrine de Davy se vérifie également en dehors des mers, puisque ce n'est pas seulement dans le corps de l'homme et des animaux que du sel marin se forme accidentellement, il s'en forme aussi dans des eaux stagnantes. On a vu en effet des lacs, en Sibérie et ailleurs, devenir salés, de doux qu'ils étaient auparavant (Catullo, *Our. ç.*). Que penser maintenant de l'espèce de psychologie fatalique suivante : — « Tel est l'arrangement et l'ordre de la nature, que le sel paraissant mêlé avec les eaux de la mer pour empêcher leur putréfaction (!), il se trouve en plus grande quantité là où la chaleur est plus intense, et où, par cette raison, il y a le plus grand danger de décomposition; (!!) » (Chenu, *Eaux min.*).

Comme conséquence immédiate de l'étude quantitative du sel dans l'eau marine, nous devons mentionner ici les dangers qu'il y aurait pour l'homme bien portant de boire pendant quelque temps de cette eau. Cette eau agit en effet à l'instar de tous les corps hyposthénisants qu'on introduit à forte dose dans l'économie, elle dérange le rhythme normal des fonctions, amène l'amaigrissement, la faiblesse et la mort. Pierre-le-Grand en fit, dit-on, la triste expérience sur un nombre d'enfants de marins qu'il voulait habituer à boire de l'eau marine à la place de l'eau douce, et qui ont tous fini par succomber misérablement (Guastalla, *Studii sull' acqua di mare*). On lit dans l'ouvrage récent de M. Sigaud, à propos des maladies des Indiens : « On m'a assuré, dit le prince Newyed, que les Tupuias avaient appris l'usage du sel des Européens, et que cet assaisonnement avait beaucoup diminué le nombre des indigènes. » Je crois, ajoute M. Sigaud, cette assertion peu fondée, car les Indiens connaissaient le sel qui vient naturellement aux bords de la mer, et le salpêtre qu'on trouve dans les *sertoés*, puisque les Botocudos s'en servaient pour assaisonner leurs aliments. Le sel, si utile aux bestiaux, n'a pu être préjudiciable que par les excès qu'on a pu en faire. La voracité des Indiens, l'habitude de manger de l'argile et des terres salpêtrées ont pu produire de fâcheux accidents, causer la mort, sans que pour cela on doive considérer le sel comme ayant une propriété mortelle pour les Indiens. » (Sigaud, *Malad. du Brésil*, Paris 1844). Nous sommes tout-à-fait de l'avis de cet observateur. Pris modérément avec les aliments, le sel marin est à nos yeux un léger correcteur de l'action trop stimulante de certains mets, et c'est comme tel qu'il devient salutaire à l'homme et aux bestiaux; mais au delà de certaines limites, il agit comme poison. Plusieurs fois, en effet, des animaux ont été empoisonnés mortellement par un excès d'ingestion de sel marin.

Une autre question, plus importante encore au point de vue médical, concerne la température variable de la mer dans la saison des bains. Il est curieux de remarquer d'abord que la loi de l'augmentation du calorique, en raison de la profondeur, se trouve précisément intervertie dans les abîmes des mers, puisque la température de l'eau diminue au contraire à mesure qu'on descend dans les couches inférieures. Cela devait être, par la raison qu'il s'agit ici de descendre, non vers le sein de la terre, mais dans une masse accidentelle de liquide ajoutée à sa surface. Néanmoins, les couches inférieures de la mer ne sont jamais assez froides pour atteindre le degré de congélation, par la raison que le calorique naturel du sel s'oppose à un pareil résultat. On comprend, au reste, que dans ces profondes régions, la température du liquide doit être à peu près invariable dans toutes les saisons, ainsi que cela a été constaté par une multitude d'observations. Il résulte, en effet, des sondages récents, en particulier des observations de Dumont-d'Urville, qu'au dessous de 400 mètres de la surface, l'eau de la mer conserve une température constante de 13° c. Il en est autrement dans les couches supérieures qui subissent l'influence des rayons solaires et des intempéries atmosphériques; aussi le liquide suit-il à peu près les mêmes changements de température que l'atmosphère. La chaleur, cependant, de l'eau marine est plus fixe que celle de l'air, à cause de ses éléments salins ou de sa densité; c'est ce qui rend ses changements plus lents et plus réguliers.

La surface des mers occupant les deux tiers de la superficie de la terre, il est clair qu'elle doit absorber la plus grande partie de la chaleur solaire. Voici à quelle conclusion le calcul a conduit M. Pouillet sur cette question. « Quand l'atmosphère, dit-il, a toutes les apparences d'une sérénité parfaite, elle absorbe encore près de la moitié de la quantité totale de chaleur que le soleil émet vers la terre, et c'est l'autre moitié seulement de cette chaleur qui vient tomber à la surface du sol, et qui s'y trouve diversement répartie, suivant qu'elle a traversé l'atmosphère avec des obliquités plus ou moins grandes... Si la quantité totale de chaleur que la terre reçoit du soleil, dans le cours d'une année, était uniformément répartie sur tous les points du globe, et qu'elle y fût employée, sans perte aucune, à fondre de la glace, elle serait capable de fondre une couche de glace qui envelopperait la terre entière, et qui aurait une épaisseur de près de 31 mètres » (*Compte-rendu des séances de l'Acad. des sc.*, juillet 1838, p. 32). D'après le même savant, la quantité totale de chaleur qui émane du soleil pourrait fondre, par 24 heures, une couche de glace qui couvrirait sa propre surface de quatre lieues et un quart d'épaisseur. On prévoit déjà la raison pour laquelle la température de l'eau de la mer est souvent si différente de celle de l'atmosphère, et pourquoi les baigneurs trouvent fréquemment une température

douce à la mer, tandis que l'air est plus ou moins refroidi. Les observations thermométriques suivies pendant dix années à la mer de Dieppe, par le docteur Gaudet, viennent confirmer ces déductions. Voici les déductions générales des tableaux dressés par ce médecin.

« La mer augmente progressivement de température durant le cours entier du mois de juillet, suivant une proportion qui ne s'élève jamais à plus de 1,25 c. dans un jour, et se maintient le plus ordinairement à 0,25, ou 0, 50, avec quelques rares oscillations en arrière, qui ne dépassent pas ces derniers chiffres. Ainsi, pour ne citer qu'un exemple pris au hasard, la température de la mer qui était de 16° 50 c., au premier juillet 1838, s'était élevée à 19° c. le 30 du mois, en n'atteignant que 0°,65 dans ses fluctuations journalières en avant et en arrière. Cette progression de juillet a lieu jusqu'à un certain point, indépendamment des circonstances météoriques. La température de l'atmosphère, au contraire, se montre soumise à toutes les perturbations de celle-ci, et a pu osciller quelquefois de 7° 50 c. dans la même journée. — En août, la température de la mer ne monte plus avec la progression du mois précédent; elle atteint son maximum de la saison et s'y maintient, en se conservant aussi presque indépendante des conditions perturbatrices de l'atmosphère, excepté dans de rares *extrema*. Ainsi, pendant le mois d'août 1830, elle ne se balança qu'entre 18° 75, et 20 c. La température de l'air dans sa liaison avec les conditions météoriques, offre de continuelles fluctuations dans ses chiffres; elle a oscillé une année (1839) de 12° 75 c. à 24 c. — La température de la mer diminue graduellement dans tout le cours du mois de septembre, suivant une proportion journalière fort analogue dans ses chiffres à celle de sa marche ascensionnelle pendant le mois de juillet. Ainsi, en 1838, cette décroissance graduelle, du premier au dernier du mois, a été de 18° 25 c. à 16° 25 c. La lenteur de cet abaissement ne permet pas de l'attribuer entièrement aux perturbations atmosphériques, qui sont portées dans ce mois à leur maximum de fréquence et d'intensité, et qui impriment à la température de l'air les fluctuations les plus extrêmes de la saison. » *(Recherches sur les effets des bains de mer*, 1844).

Ainsi, si ces observations sont exactes, c'est à partir du mois de juillet que la température de la mer est constamment progressive, et c'est pendant tout le mois d'août qu'elle arrive à son maximum de chaleur où elle reste stationnaire jusqu'au commencement de septembre; alors sa température décroît, et cette décroissance se continue dans les mois suivants. Il résulte de là que, pour les personnes très sensibles au froid, les bains de mer ne doivent être prescrits qu'entre les limites des mois de juillet et août, et plus particulièrement pendant ce dernier mois, leur usage pouvant être nuisible à partir du mois de septembre. Une autre observation importante pour la prescription des bains, est relative aux changements de température qu'éprouve l'eau de la mer aux différentes heures de la journée. « Le minimum de la température de la mer, pour chaque jour, s'est rencontré le matin avant onze heures, et son maximum depuis midi jusqu'à cinq heures du soir. La température atmosphérique, observée sous le même point de vue, a donné lieu à la même résultante. Les variations de la température de la mer se sont montrées peu sensibles du soir au matin; son réfroidissement nocturne n'a pas dépassé 3° 50 c. » (Gaudet).

D'autres considérations se rattachent à cette question. Il nous a semblé intéressant de chercher d'abord dans quel ordre la décroissance de la température de la mer s'effectuait à partir du mois de septembre jusqu'au fort de l'hiver, et quels étaient les rapports de cet abaissement progressif de chaleur avec le froid atmosphérique. Nous manquons de documents satisfaisants sur ce sujet. L'on trouve cependant cette observation remarquable que, dans les grands froids de l'hiver, la température de la mer ne suit pas les décroissances de la chaleur atmosphérique; c'est-à-dir que quand la température de l'air est déjà à 0° ou à quelques degrés au dessous, l'eau de la mer se conserve encore à 2°, 3°, 4° c. au dessus, ce qui veut dire que non seulement elle tire une partie de son calorique d'une autre source que l'atmosphère, puisqu'elle est en communication avec les couches profondes, mais qu'elle gèle moins facilement que l'eau douce. Il est d'observation, en effet, que dans nos climats la mer ne gèle presque jamais. Pour que cette congélation ait lieu, il faut un froid excessif, encore n'y a-t-il qu'une couche superficielle d'eau qui se convertit en glace. Dans cette conversion, l'eau marine est décomposée, en quelque sorte; il est facile de s'assurer, au surplus, de cette vérité par une expérience très simple, et que tout le monde peut répéter, en exposant à l'air, pendant une nuit de gelée, deux verres remplis, l'un d'eau douce, l'autre d'eau de mer; on verra la première se congeler, tandis que la seconde conserve sa liquidité ou ne présente qu'une faible glace comparativement. On comprend, néanmoins, que le mouvement de la mer et l'influence de la température des couches profondes doivent contribuer à rendre plus difficile sa congélation.

Dans nos climats, la mer la plus chaude est la Méditerranée; elle offre une différence en plus de 4 à 5°, relativement à l'Océan. Cette différence s'explique et par le climat plus chaud, et par les plus grands voisinages de la terre ferme. Il est d'observation, en effet, qu'à circonstances égales, la température de l'eau marine s'élève à mesure qu'on approche des continents ou des îles. En comparant les tableaux thermométriques dressés par M. Guastalla sur l'Adriatique, avec ceux de M. Gaudet sur la côte de Dieppe, on trouve, pour les trois mois d'été, une température de 21° à 25° R. (25 à 30° c.) dans la première localité, et une température de 15° à 20° c. dans la seconde. La différence est, comme on le voit, assez notable. Le docteur Gaudet a déduit de ces conditions une consé

quence pratique qui mérite quelque examen. « Le docteur Mürhy cite, dit-il, l'observation d'un baigneur qui trouva pendant l'été de 1834, l'eau des bains de Trieste à 30° c. Cette élévation de température maritime et atmosphérique, qui sont à nos yeux les deux puissants modificateurs physiologiques de ceux qui se baignent à la mer, explique suffisamment l'infériorité que la Méditerranée manifeste dans la nature et l'intensité de ses effets hygiéniques et thérapeutiques, et, sur ce point, les faits dont nous sommes témoins chaque année, viennent appuyer le raisonnement. » (Ouv. c.). Cette assertion, déjà professée par d'autres écrivains, soulève une double question thérapeutique, l'une de principes, l'autre de fait.

D'abord est-il exact de dire avec M. Gaudet que les deux agents essentiels des bienfaits des bains de mer soient la température de l'eau et celle de l'air? Mais non, assurement! Si cela était, les bains de rivière, les bains d'eau de puits ou de fontaine, pris froids à domicile, produiraient autant d'effet que ceux de la mer. Sans doute que la température est un des éléments d'action des bains, mais à côté de cela il y a l'élément minéral, le principe salin qui, résorbé par le derme, agit dynamiquement sur l'économie. Cet élément est le plus important, puisqu'à une certaine dose, il ébranle l'organisme et peut le bouleverser par son action toxique. Il suit de ces remarques une conséquence importante qu'ont méconnue jusqu'à présent les médecins des bains océaniques, c'est que les bienfaits des eaux de mer sont en raison de la quantité absorbée du liquide, et par conséquent du temps que les patients peuvent séjourner dans l'eau. Il s'en suit pareillement qu'une mer peu froide comme la Méditernanée s'offre, à ce point de vue, dans de meilleures conditions de tolérance que l'Océan; elle se prête par conséquent à un long séjour des malades dans l'eau, et par conséquent, à une abondante absorption; de là des effets dynamiques, aussi, plus énergiques. Il est vrai que, sous le rapport de la seule température, l'assertion de M. Gaudet serait soutenable; mais, remarquez bien que, même à son maximum momentané de chaleur, l'eau de la Méditerranée est toujours au dessous de la température naturelle du corps; elle soustrait donc toujours une dose incessante de calorique des organes, et comme cette soustraction se prolonge par le séjour dans l'eau, l'effet en question a lieu, en définitive, comme dans les eaux de l'Océan.

Si l'on ajoute maintenant à cet effet l'action beaucoup plus importante de l'absorption, on doit reconnaître qu'en thèse générale les bains de la Méditerranée doivent être plus salutaires que ceux de l'Océan, par cela même qu'ils s'offrent dans de meilleures conditions de tolérance et d'absorption. Cette manière de voir conduit naturellement à considérer comme défectueuse la pratique adoptée dans les établissements des bains océaniques, de ne viser qu'à la seule action du froid, et de ne retenir les malades dans l'eau qu'un seul instant. On sait, en effet, que dans ces établissements, le bain par immersion est la méthode généralement adoptée. Sans doute qu'on en retire toujours un avantage réel, même par ce séjour momentané dans l'eau, mais on comprend que les effets doivent être bien autrement énergiques, quand on peut faire séjourner pendant quelque temps les patients dans le liquide. On conçoit également d'après ce qui précède, pourquoi les malades qui ne peuvent rester dans la mer à cause de la température trop basse, retirent des avantages des bains tièdes d'eau de mer à domicile, et de l'usage intérieur de l'eau marine.

Si l'on envisage à présent la question de fait, nous ne pensons pas du tout que la déduction de M. Gaudet soit basée. Voyez en effet les écrits des médecins des bains de la Méditerranée, comparez-les à ceux des bains océaniques, et vous trouverez des merveilles de part et d'autre. En faisant la part de l'exagération ou de l'enthousiasme, que dicte si souvent le sentiment de paternité, vous resterez dans l'incertitude, ou vous adopterez des conclusions différentes de celles que nous venons de combattre. Nous continuerons cet examen dans le prochain numéro.

DOCUMENTS HYDROLOGIQUES.

Historique. — A la renaissance des lettres, le premier traité des eaux minérales qu'on a vu paraître a été celui d'un médecin italien, Michel Savonarola, en date de 1498; il traite des bains en général, et des eaux thermales en particulier. Est venu ensuite, près d'un siècle plus tard (1588), le traité d'André Baccius, sur les eaux minérales les plus célèbres de l'Europe. En France, l'usage des eaux minérales n'a été réglementé officiellement qu'à compter du commencement du 17e siècle. Jusque là, elles étaient exploitées par des charlatans. Henri IV, pendant son séjour aux eaux des Pyrénées, sentit combien ces abus pouvaient devenir dangereux : aussi s'empressa-t-il, à son avénement au trône, de les soumettre à une administration régulière; il rendit, en 1603, des édits et lettres patentes, que confirmèrent, par la suite, Louis XV et Louis XVI, par lesquels il nomma des intendants et surintendants, chargés non seulement de la haute surveillance des eaux, bains et fontaines minérales, mais aussi de recueillir tous les faits de pratique bien avérés. De là date l'origine des médecins inspecteurs que le Gouvernement français nomme d'office à chaque source minérale.

Bains froids.—Il y a une différence notable entre un bain froid qu'on prend dans une rivière et un autre de même température qu'on prend dans une baignoire. Dans le premier, l'eau étant courante, son contact avec la surface du corps se renouvelle sans cesse et détermine une impression bien autrement énergique que celle de la baignoire. Aussi doit-on considérer ces deux modes d'administration du bain froid comme deux degrés différents d'une même médication. A Genève, on se baigne dans l'Arve, en été comme en automne et en hiver, et les dames ne paraissent pas en être incommodées à l'époque même des règles. Une précaution qu'on trouve assez efficace pour prévenir l'espèce de spasme suffoquant ou de dyspnée que détermine l'impression de l'eau froide à la poitrine, consiste à s'envelopper l'épigastre d'une serviette (Herpin, Des bains de l'Arve dans le canton

de Genève). On y plonge aussi les enfants en toute saison, ce qui leur est très salutaire. On trouve plus utile de s'y immerger lorsque le corps est couvert de sueur.

Eaux des pyrénées.—« Les eaux sulfureuses des pyrénées, quoique riches en principes gazeux, ne contiennent qu'une très petite quantité de matières fixes ; en effet, celles qui en renferment la plus forte proportion ne laissent après l'évaporation qu'un résidu égal à la trois mille quatre centième partie de l'eau évaporée. L'analyse est loin de fournir une explication satisfaisante des effets puissants que produisent ces eaux sur le corps humain ; quelques-unes, celles de Capbern par exemple, ne donnent sous l'influence des réactions chimiques que des résultats à peine appréciables et agissent cependant avec énergie sur les maladies. Nous sommes heureux de pouvoir appuyer nos assertions à cet égard de l'opinion d'un éminent chirurgien irlandais, M. Richard Carmichaël, membre correspondant de l'Académie de médecine de France, auquel on conseilla d'essayer des eaux minérales des pyrénées, à la suite d'une violente dyspepsie compliquée d'une névralgie, affectant des symptômes très variables et qui avaient résisté aux efforts des premiers médecins de l'Irlande. Voici comment il rend compte des effets produits sur lui par la source de Lasserre, une des fontaines de Bagnères-de-Bigorre : « nonobstant la faible proportion des ingrédients salins contenus dans ces eaux (71 grains pour 25 litres) et quoiqu'ils ne soient pas d'une nature très active, j'éprouvai une amélioration marquée et presqu'immédiate. L'appétit me revint, ma langue devint propre ; je cessai d'être accablé par une sensation douloureuse de distension, même après un léger repas ; mes selles se régularisèrent, mes urines, qui avaient toujours été troubles et chargées d'un épais sédiment crayeux, reprirent la clarté et la couleur ambrée qu'elles affectent à l'état de santé et augmentèrent considérablement. Mon affection névralgique ne me força plus, qu'à de rares intervalles, à recourir à l'influence calmante de l'opium et j'eus le plaisir de goûter chaque nuit un sommeil salutaire. Il faut donc attribuer les vertus de ces eaux, non-seulement à leur température, mais encore à l'état inconnu de combinaison des principes qu'elles renferment. Dans aucun cas on ne peut calculer l'action des eaux par la quantité ou la qualité des éléments minéraux que l'on y rencontre : la source de Lasserre à Bagnères en offre une preuve suffisante. » (*De l'influence curative du climat de Pau, et des eaux minérales des pyrénées ; par le docteur Taylor. Un vol. in-8° de 456 pages*, 1843.

Thermalisation des eaux minérales. — M. Arago, se fondant sur une multitude de faits et d'observations, a établi, en principe, qu'il existe à diverses profondeurs, dans les entrailles du globe, des dépôts et des réservoirs d'eau plus ou moins considérables. Ces eaux, par suite de leur poids, se fraient un chemin vers le centre à travers les nombreuses fissures qui résultent du retrait des terrains divers. En absorbant le calorique du foyer central, elles se volatilisent, remontent à l'état de vapeur et se chargent dans ce trajet ascensionnel des principes qui composent les eaux minérales (*Annuaire du Bureau des longitudes.*)

Congélation. — On a déterminé l'augmentation de volume que l'eau prend en se congelant à la quatorzième partie de celui qu'elle avait étant fluide. (Chim. de l'Acad. de Dijon.) Il est remarquable qu'à leurs sources les eaux minérales, même celles qui ne sont pas thermales, ne gèlent jamais.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

—

Mémoire sur l'ivresse, *considérée sous le double rapport de la médecine et de la discipline militaire ; par M. le docteur Gasté, médecin en chef de l'hôpital militaire d'instruction de Metz.*

L'apoplexie, l'asphyxie par ivresse portée au plus haut degré d'intensité, les délits d'insubordination dont elle est tant de fois cause, quand elle est moins grave, doivent fixer l'attention du médecin sous le double rapport de l'exercice de sa profession et de la médecine légale. Les remarques que j'ai faites, il y a plus de vingt ans, à la vue des soldats ivres-morts, tant de fois renouvellées depuis et tout récemment encore, m'ont suggéré l'idée de mettre en œuvre les matériaux que j'ai recueillis sur cet important sujet. Ce sujet m'a semblé devoir intéresser non seulement MM. les chirurgiens sous-aides et élèves devant lesquels je l'ai traité dans mes leçons cliniques, mais encore mes confrères des hôpitaux et des régiments, dont plusieurs n'ont peut-être plus bien présentes à l'esprit les circulaires du 23 décembre 1831 et du 12 novembre 1832 qui témoignent si hautement de la sollicitude de M. le Maréchal Ministre de la guerre pour le soldat, et qui prescrivent des mesures à prendre et la surveillance à exercer par les officiers dans les corps pour éviter les délits d'insubordination trop souvent occasionnés par l'ivresse.

Pour arriver au but indiqué par ces circulaires et obtenir tous les succès possibles, il importe extrêmement de considérer l'ivresse comme un état morbide qui, pendant toute sa durée, ressortit exclusivement des attributions des médecins des corps et des hôpitaux. Leur intervention la plus prompte est indispensable, non pas seulement pour arrêter les funestes effets de l'ivresse, mais encore pour prévenir les infractions à la discipline, et empêcher qu'elles ne soient considérées comme des délits ou des actes criminels d'insubordination. L'ivresse étant ainsi considérée, tous les soins et les efforts de MM. les chefs de corps doivent tendre à ce que des mesures de prudence et de précaution bien entendues soient mises en pratique par les sous-officiers, caporaux et brigadiers envers les hommes pris de vin. Telle est la pensée vraiment philantropique qui paraît avoir dicté les deux circulaires susmentionnées, et qui me porte à considérer la maladie qui fait le sujet de ce mémoire comme une question de médecine et de discipline militaire. Je présenterai d'abord le résumé des observations rapportées et discutées dans mes leçons de clinique parce qu'elles m'ont suggéré les inductions que j'en tire à l'égard de la broncho-pneumonite consécutive, à laquelle l'asphyxie par ivresse donne souvent lieu.

Les pathologistes ont bien décrit la pneumonite des ivrognes, sa gravité et les avantages thérapeutiques de l'opium ; mais je n'en connais point qui ait appelé l'attention des praticiens sur la broncho-pneumonite

suraiguë consécutive de l'ivresse, sur sa terminaison funeste dans la première période ou celle de congestion, dans la seconde période ou celle d'hépatisation rouge, et dans la troisième période, celle de ramollissement gris et de suppuration. J'insisterai donc davantage sur ces points importants de pratique. J'ai publié, dans le *Journal universel des sciences médicales* du mois de février 1826, deux observations d'apoplexie par ivresse dont voici le résumé.

1er *et* 2e *Faits.* **Apoplexie par ivresse.**—En février 1825, je vis, à l'hôspice civil et militaire de Neufbrisach, dont j'étais médecin, deux militaires du 15e régiment de chasseurs à cheval, étendus sur le matelas qui avait servi à leur transport. Ils avaient perdu l'usage des sens, du mouvement et de la sensibilité. Leur respiration était ronflante, stertoreuse; leur visage bouffi, violacé; la lèvre inférieure tuméfiée, pendante. Un liquide jaunâtre, mousseux, d'une odeur alcoolique fortement prononcée, s'écoulait par la bouche et le nez. Les membres étaient froids, les articulations souples. Pendant qu'on les déshabillait, j'appris qu'après avoir bu de la bière et plusieurs petits verres d'eau-de-vie, ils avaient avalé, par défi, un litre d'eau-de-vie, l'un et l'autre un demi-litre. Le premier, âgé de 22 ans, était d'un tempérament sanguin-lymphatique; le second, âgé de 18 ans, était plus nerveux, moins charnu, et ses membres étaient plus grêles. Je tâchai, mais en vain, de provoquer le vomissement, en excitant l'arrière bouche par différents moyens. Je pinçai le nez pour faire avaler de l'eau tiède; il me fallut cesser presque aussitôt, car l'eau, passant en partie par le larynx, causait de la suffocation. Le plus âgé avait eu une défécation involontaire; il rendait quelque liquide comme par régurgitation, sans effort de vomissement, tandis que le plus jeune n'avait point eu d'évacuation, et se trouvait dans une immobilité absolue. Chacun d'eux fut placé dans un lit chaud, avec des cruchons pleins d'eau bouillante aux pieds, la tête étant maintenue découverte et aussi élevée que possible; puis je leur fis pratiquer une forte saignée de bras. — Au bout de cinq heures, le plus âgé avait rendu plusieurs gorgées de liquide avec des restes d'aliment. Des mouvements convulsifs et fibrillaires agitaient continuellement ses muscles masséters. Tous deux, quoique dans une insensibilité complète, avaient recouvré la chaleur de la peau.

Le lendemain matin, ils avaient recouvré une partie de l'intelligence et l'usage des sens. Leur langue était fort épaisse et rouge, la soif vive, la peau haliteuse, le pouls plein, fréquent. Le plus jeune se plaignait d'une vive douleur au creux de l'estomac et dans l'hypocondre droit. Tous deux furent mis à une diète absolue ce jour là et à l'usage d'une solution gommeuse acidulée. La guérison du plus âgé était achevée le surlendemain et celle du plus jeune le fut le quatrième jour; mais ils furent retenus à l'hôpital pendant quelques semaines pour des brûlures à la plante des pieds causées par l'eau bouillante.

Au lieu d'être secourus si promptement, si ces deux militaires avaient été abandonnés, ils auraient succombé, je n'en doute pas, soit dans les périodes d'apoplexie ou d'asphyxie, soit plus tardivement, par le double effet du refroidissement de la peau, de la congestion ou de l'inflammation pulmonaire. Le soin que l'on eut de les réchauffer promptement et les saignées prévinrent heureusement ces fâcheuses terminaisons.

3o *Fait.* **Asphyxie par ivresse; mort.** — En novembre 1822, un sergent du 2e régiment de ligne, alors en garnison à Neufbrisach, mourut, quatorze heures après l'ingestion de plus d'un litre d'eau-de-vie, dans son lit à la caserne, où on l'avait couché dans la pensée qu'un bon sommeil le *dégriserait*, et sans lui avoir donné aucun autre secours.

Tel est le résultat de l'inaction en présence de l'ivresse. Au reste, les faits suivants nous fourniront de nouvelles preuves de cette assertion. Voyons d'abord un cas dans lequel l'asphyxie par ivresse occasionna une broncho-pneumonite double promptement mortelle.

4e *Fait.* **Asphyxie par ivresse, suivie de broncho-pneumonite double; mort.** M. Joseph, né le 9 avril 1818, à St-Lothaire, Jura, d'une taille d'un mètre 59, d'un tempérament sanguin avec prédominance du système musculaire, fusilier au 54e de ligne, est porté à l'hôpital, vers 2 heures après-midi, le 17 janvier 1842, dans un état d'asphyxie par ivresse. Il était froid et n'avait aucune évacuation. Il y avait perte absolue de l'intelligence, de l'usage des sens et de la sensibilité. Le chirurgien-major du régiment et le chirurgien de garde l'avaient saigné sans pouvoir obtenir de sang. Quand je le vis, à trois heures, je remarquai en outre que sa respiration était stertoreuse, râlante comme chez les agonisants; son pouls plein, tendu; sa face violacée, livide; ses pupilles dilatées, immobiles. Indépendamment des premiers secours qui lui avaient été donnés par le chirurgien-major, et des soins éclairés, judicieusement appliqués du chirurgien de garde, j'essayai, à diverses reprises, de provoquer le vomissement par l'introduction répétée de deux plumes jusqu'au fond de la gorge; puis je fis pratiquer une saignée qui donna de 350 à 400 grammes de sang, après que l'avant-bras eut été immergé dans l'eau très chaude, et fis faire de fortes frictions sur la poitrine et les côtés avec des morceaux de flanelle; je prescrivis quatre ventouses scarifiées sur la poitrine. Je fis passer sur les jambes des vessies pleines d'eau bouillante et appliquer des sinapismes aux pieds et aux cuisses. La déglutition fut aussi impossible que le vomissement. Je fis réchauffer le malade à l'aide de cruchons pleins d'eau bouillante, et en faisant avancer son lit près du poêle. En imprimant au tronc quelques secousses latérales, j'entendis bien distinctement, et à diverses reprises, le flot de l'eau-de-vie dans l'estomac dont l'inertie semblait être aussi complète que sur le cadavre. Vers minuit, le malade, revenu à lui, vomit près d'un litre et demi d'un liquide d'une odeur alcoolique fortement prononcée. — Le 18, à sept heures du matin, le malade a recouvré l'usage des sens et de la parole, mais sa prostration et son anxiété sont très prononcées; sa respiration est très gênée et râlante; on entend très distinctement du râle muqueux, le pouls est très faible, déprimé; la peau du visage et des bras est d'une couleur violacée, livide. Le malade est tourmenté par la soif et par une chaleur intérieure intolérable; il a le présentiment d'une fin prochaine, et succombe vers 11 heures du matin.

Nécroscopie 22 *heures après le décès.* Sujet d'une constitution athlétique. — *Tête.* Injection veineuse bien prononcée des vaisseaux de la dure-mère, de l'arachnoïde et de la surface de l'encéphale. L'arachnoïde s'enlève facilement de l'intervalle des circonvolutions cérébrales, et son injection donne au cerveau la couleur lie de vin. Les incisions pratiquées dans la substance cérébrale laissent apercevoir sur ses tranches une exsudation sanguine très pro-

noncée. — *Poitrine.* Le cœur est un peu volumineux, comme tous les autres muscles. Ses cavités droites surtout contiennent des concrétions fibrineuses très grosses. Les poumons sont volumineux, unis aux plèvres, çà et là, par d'anciennes adhérences. La membrane qui revêt les bronches et leur principales divisions est d'un rouge lie de vin, et contient une sanie écumeuse et rougeâtre. Cette coloration provient d'une injection sanguine fortement prononcée, et elle ne s'affaiblit pas par le lavage. La partie inférieure de la trachée-artère présente cette coloration à un bien moindre degré; elle s'affaiblit de plus en plus en remontant vers le larynx. Le parenchyme pulmonaire est généralement très engoué; la pression en fait sortir un liquide rougeâtre, sanguin, écumeux. La consistance de l'organe est sensiblement augmentée, si ce n'est dans le voisinage du bord inférieur du poumon droit où le ramollissement rouge est bien caractérisé. Une épatisation analogue existe visiblement à la partie supérieure et postérieure du lobe inférieur gauche. — *Abdomen.* L'estomac est médiocrement injecté et présente une ecchymose de l'étendue d'une pièce d'un franc, et deux autres moins prononcées et longitudinales. Le jéjunum et l'iléon offrent çà et là quelques plaques où l'injection sanguine est très marquée. Le colon contient beaucoup de mucosités blanchâtres. Le foie, sa vésicule et les autres organes n'ont rien offert de remarquable.

Le sujet de cette observation, aussi robuste que bien portant avant son excès, n'y survécut pas plus de 20 à 24 heures. L'ivresse provoqua une congestion cérébrale qui n'alla pas jusqu'à l'apoplexie; mais elle occasionna une asphyxie avec congestion pulmonaire qui se transforma bien vite en inflammation envahissant la presque totalité des deux poumons. La membrane muqueuse des divisions bronchiques était rouge, injectée, endurcie d'une sanie écumeuse rougeâtre; le parenchyme pulmonaire était devenu plus dense, considérablement engoué par suite de la congestion dont il avait été le siége. Si ce sujet avait vécu plus longtemps, il aurait offert des altérations pathologiques d'un autre ordre, comme on le verra ci-dessous.

Mais avant de rapporter cette observation, je dois consigner ici une analogie de symptômes et d'altérations pathologiques dignes d'attention. Un militaire du 54e de ligne avait été transporté à l'hôpital, le 10 janvier 1842, cinquième jour d'une variole confluente compliquée de broncho-pneumonite; celle-ci étant de cause prédominante et très intense du 16 au 18, je fis remarquer que, indépendamment de l'analogie fournie par l'auscultation entre ce malade et celui de l'observation précédente, tous deux éprouvaient une soif insatiable, une chaleur brûlante dans la poitrine qui les obligeait à se découvrir à tout moment. Le varioleux succomba le 19, avec des symptômes d'asphyxie presque identiques à ceux de celui qui avait succombé la veille. Il y avait beaucoup d'engouement dans les deux poumons, une hépatisation rouge fort avancée à la partie antérieure moyenne du lobe inférieur gauche. Les bronches et leurs divisions offraient intérieurement une coloration rouge lie de vin, par suite de l'injection très forte de la muqueuse qui les revêt. On voit ici que deux causes toutes différentes produisent un effet presque identique.

5e *Fait.* **Broncho-pneumonite consécutive à une asphyxie par ivresse; mort.** — H... Joseph, né le 18 juillet 1820, à Bayonge, Mayenne, d'une taille d'un mètre 69, d'une très forte constitution, 2e conducteur au 7e régiment d'artillerie, est transporté à l'hôpital, le 15 octobre 1841, à 7 heures du matin. Il s'était enivré la veille, et il avait terminé son orgie en buvant, par défi, un litre d'eau-de-vie. Il fut ensuite transporté à sa caserne et déposé sur son lit, où il passa une partie de la nuit à vomir. Quand on le porta à l'hôpital, il avait perdu complétement l'usage des sens, des facultés intellectuelles et de la sensibilité. Ses défécations étaient involontaires, sa respiration stertoreuse, râlante, fort embarrassée par les mucosités qui obstruaient les bronches. Il avait les extrémités froides, la face bouffie, vultueuse, violacée, la lèvre inférieure gonflée, pendante. Une sanie grisâtre, d'une odeur alcoolique repoussante, découlait de sa bouche entr'ouverte. Je le fis déshabiller sur le champ et placer dans un lit bien chauffé; puis on lui pratiqua une saignée de 500 grammes, et on lui fit des frictions sur la poitrine avec une étoffe de laine, pendant qu'un infirmier provoquait le vomissement par des titillations répétées à l'aide d'une plume introduite au fond de la gorge, ce qui provoquait, de temps à autre l'expulsion des liquides contenus dans l'estomac. Des cruchons pleins d'eau bouillante furent mis aux pieds, des sinapismes aux jambes et des vésicatoires aux bras. Plus tard on lui fit boire quelques tasses d'infusion de café, puis d'une infusion de fleurs de tilleul édulcorée, et des lotions réfrigérantes sur le front furent souvent renouvellées. D'une à trois heures après midi, le malade recouvre l'usage des sens et de la parole, l'état soporeux n'était point encore dissipé. La première moitié de la nuit paraît avoir été bonne. — Le 17 au matin, la respiration est fort embarrassée, la céphalalgie est très vive. Le docteur Laveran, professeur de pathologie médicale, qui me remplaçait ce jour là et le lendemain, prescrivit une saignée de 600 grammes, puis 25 sangsues à l'épigastre et 20 au dessous des oreilles. Le malade n'en fut point soulagé, ni d'une potion stibiée à 6 décigrammes, administrée le 18. Il succomba le 19 vers 2 heures du matin.

Nécroscopie 30 heures après le décès. — *Tête.* Les lèvres sont gonflées, d'un rouge violacé, la pie-mère est encore très injectée, ainsi que la substance cérébrale. — *Poitrine.* Les cavités du cœur et les gros vaisseaux sont remplis de fibrine très consistante.

La membrane muqueuse des bronches est très rouge jusque dans les plus petites divisions. Le poumon gauche offre, de dehors en dedans, les trois degrés de la pneumonite. A l'intérieur il y a de l'engouement; au centre, de l'hépatisation grise et de l'hépatisation rouge dans les points intermédiaires. — *Abdomen.* Estomac sain, si ce n'est autour du pylore, où la membrane muqueuse est fort injectée, ainsi que celle du duodenum. Les autres viscères n'ont rien offert de remarquable.

Ce malade ne mourut pas dans les périodes d'apoplexie et d'asphyxie; car les moyens employés pendant les sept ou huit premières heures de l'entrée à l'hôpital lui firent recouvrer l'usage de la sensibilité, des sens et du mouvement; mais cette amélioration fut de bien courte durée. On vit survenir aussitôt les plus fâcheux symptômes d'une pneumonite très promptement mortelle que n'arrêta même pas un traitement antiphlogistique aussi énergique que rationnel. Ceci porterait à penser qu'il existait, avant la débauche,

une broncho-pneumonite commençante qui fut aggravée par le froid de la nuit passée à la caserne.

Dans les deux premiers cas, des secours sont appliqués de prime abord et suivis d'un prompt et complet succès ; l'asphyxie n'a point été assez prolongée ni l'action du froid assez intense pour transformer la congestion pulmonaire, celle surtout de la membrane muqueuse des bronches, en inflammation confirmée. La disparition des accidents est aussi prompte et complète dans ces deux premiers cas que dans plusieurs asphyxies par submersion, par le froid, par suspension, etc., quand on peut rappeler les individus à la vie. Dans le troisième cas, rapporté très succinctement à défaut de renseignements suffisants, l'asphyxie par ivresse fut suivie de décès au bout de 12 à 14 heures, aucun soin n'ayant été donné à celui qui en fut atteint ; si j'avais fait la nécroscopie de ce sujet, il est bien probable que j'aurais reconnnu l'existence d'une congestion pulmonaire considérable.

L'engouement sanguin, si prononcé chez le sujet de la quatrième observation, mort au bout de 24 heures, coïncidait avec une augmentation de densité du parenchyme pulmonaire, une vascularisation marquée de sa membrane muqueuse, lésions qui sont caractéristiques d'une inflammation au début dans les deux poumons. Mais, chez le sujet de la cinquième observation, mort au bout de trois jours, les altérations pathologiques provenant de l'asphyxie sont bien moins caractéristiques que l'hépatisation rouge et l'hépatisation grise, moins significatives surtout que les gouttelettes de pus disséminées ça et là dans le parenchyme pulmonaire par suite de l'inflammation qui l'avait envahi.

Avant de terminer ces faits et ces réflexions cliniques, je dois faire remarquer encore que l'apoplexie, l'asphyxie par ivresse et la broncho-pneumonite consécutive, si souvent mortelles, se rencontrent plus fréquemment chez les militaires les plus vigoureusement constitués et dans les saisons froides que dans les conditions opposées. Cela s'explique par la force et l'énergie viscérales, par le surcroît d'activité gastrique en hiver, circonstances qui portent instinctivement à user et abuser des boissons alcooliques. Il est à remarquer aussi que l'état comateux dans lequel tombent les asphyxiés et les apoplectiques par ivresse, a beaucoup d'analogie avec l'état de ceux qui ont une hémorrhagie cérébrale, un épanchement séreux ; de ceux qui sont arrivés à la dernière période de certaines méningites ou encéphalo-méningites, de certaines fièvres pernicieuses et autres dites de mauvais caractère. Comme il arrive souvent d'écrire dans de bonnes intentions sans doute, sur les billets d'entrée les mots : coma, fièvre, apoplexie, comme désignation de la maladie des militaires empoisonnés par l'eau-de-vie ou autres boissons alcooliques, l'autorité supérieure ignore souvent les funestes effets de l'intempérance. Je me suis servi du mot empoisonnement et ce n'est pas sans raison, car le nombre des militaires empoisonnés par l'eau-de-vie est infiniment supérieur au nombre de ceux qui le sont par l'arsenic, et l'empoisonnement par l'eau-de-vie peut tuer impunément pour le vendeur en réalisant pour lui des bénéfices considérables, sinon illicites.

L'ivrognerie était autrefois plus fréquente dans l'armée qu'elle ne l'est aujourd'hui, grâce aux progrès de nos institutions, à une surveillance plus éclairée de la discipline, et à l'influence de l'hygiène. Quand le soldat est dans cet état d'ivresse dont j'ai parlé plus haut et qui est un véritable empoisonnement, il n'est plus capable d'aucun acte de violence ni d'insurbordination, car il y a perte absolue de l'intelligence, de l'usage des sens et même de la sensibilité. C'est une mort apparente qui devient trop souvent réelle. Chacun doit s'empresser de venir en aide au malheureux, et tout homme éclairé par le sens commun le plus vulgaire, ne doit voir dans l'ivresse qu'un état morbide qui réclame d'aussi prompts secours qu'une attaque d'apoplexie, une fluxion de poitrine, une fièvre maligne, etc. De cette ivresse portée au plus haut degré d'intensité à celle qui occasionne seulement le trouble des facultés intellectuelles, la perte de la liberté morale, une exaltation physique et morale plus ou moins marquée, il y a une multitude de nuances insaisissables dans lesquelles vous ne pouvez établir de distinction marquée sans tomber dans l'arbitraire. C'est pourtant ce qui arriverait si vous établissiez une échelle de gradation fondée sur la quantité ou la qualité des liquides ingérés, sur la violence plus ou moins grande, sur la perte de raison plus ou moins complète de l'ivrogne, sur sa force ou sa faiblesse de constitution, sur son aptitude également variable à supporter l'usage abusif des boissons alcooliques.

Quand un militaire est en état d'ivresse, il faut le considérer tout d'abord *comme malade*, et en attendant l'arrivée du médecin ou du chirurgien qui le traitera, un sous-officier intelligent ou mieux encore celui qui est attaché à l'infirmerie régimentaire donnera tous les premiers secours indiqués dans une instruction tracée d'avance. Si le cas est très grave, on ne saurait agir trop tôt, car alors le moindre retard peut devenir funeste ; mais cette intervention doit toujours être du ressort exclusif de la médecine. C'est toujours au médecin de prescrire ce qui est nécessaire pendant toute la durée de l'ivresse. Celle-ci, la *maladie*, étant terminée, « quand les fumées du vin seront dissipées, est-il dit dans la circulaire du 23 décembre 1831, l'autorité reprendra son action, le supérieur interviendra seulement alors, pour mettre en usage les réprimandes ou les punitions nécessaires, afin de corriger les habitudes vicieuses de son subordonné. »

Traiter ainsi les hommes pris de vin, c'est agir d'après les intentions exprimées dans les deux circulaires précitées et suivant les principes de l'équité, de la raison, de l'humanité. C'est d'une nécessité plus impérieuse encore à l'égard des hommes séduits par une occasion trompeuse, ou qui, n'en ayant pas l'habitude, auraient trop fumé ou trop bu dans une réunion joyeuse, ou chez qui l'ivresse aurait été produite par

le dégagement gazeux des liquides alcooliques ou en fermentation vineuse. En considérant tout homme ivre comme malade, sa position inspire plus sûrement la compassion. Au contraire, si d'imprudents témoins n'y voyaient que le côté vicieux du mal, l'ivrogne pourrait s'emporter jusqu'à la fureur, par l'effet des moqueries, des mauvais propos, des corrections même des hommes chargés de le saisir, de le ramener à sa destination.

Le soldat ivre doit donc être conduit autant que possible dans sa chambre, dans son lit, ou bien porté immédiatement à l'hôpital, non pas au cachot ou dans la salle de police, afin de prévenir toute cause nouvelle d'exaspération ou le développement d'une phlegmasie pulmonaire mortelle comme celle dont il a été parlé plus haut. Les moyens de douceur, de persuasion seront appréciés de l'homme pris de vin, s'il lui reste une lueur de raison. Les preuves à l'appui de ce raisonnement seraient surabondantes, tant elles sont connues. En d'autres termes, tout homme ivre est un malade à traiter immédiatement et le plus énergiquement possible dans les cas les plus graves. Dans ceux qui le sont moins, l'intervention du médecin doit encore être la première; et ceux qui agissent en attendant son arrivée ou pour remplir les prescriptions, doivent traiter l'homme ivre avec toute la douceur et les ménagements nécessaires. Puis, quand l'ivresse est passée et la santé rétablie, c'est alors et seulement alors que l'intervention de l'autorité des supérieurs doit se faire sentir, que des réprimandes ou des punitions plus ou moins sévères sont nécessaires pour corriger le vice abrutissant dont je vous entretiens.

Je conclus des considérations précédentes sur l'ivresse, à l'égard de la discipline militaire, que : 1° l'ivresse par excès de boissons alcooliques est un vice dont la fréquence diminue en raison des progrès de l'instruction et de la discipline de l'armée ; 2° elle fait périr communément plus de cinquante militaires par an ; or, les secours de la médecine étant donnés à temps, il est possible d'arracher à la mort plus de la moitié de ces victimes ; 3° l'ivresse est une véritable maladie dont les effets primitifs et consécutifs nécessitent les secours exclusifs de la médecine ; 4° l'autorité du grade, les réprimandes et punitions contre ce vice abrutissant ne doivent intervenir et être appliquées qu'après le retour à la santé ; 5° en la prenant enfin pour ce qu'elle est réellement, une maladie, on excite les seuls sentiments d'humanité, de compassion, de justice qu'elle doit inspirer, sans voiler nullement le caractère hideux, avilissant de l'ivrognerie. J'ajouterai, en terminant, que la colère n'est souvent qu'une sorte d'ivresse, une véritable maladie, et qu'en la traitant comme telle, on éviterait un grand nombre de délits d'insubordination. (*Mém. de méd., de chir. et de pharm. milit.* 1843.)

Essence de thé.—« Cette essence, qui est plus légère que l'eau, possède à un haut degré l'odeur du thé, et étourdit tellement, qu'à certaine dose elle peut agir comme poison. Elle se concrète facilement. Combinée avec le tannin, elle agit sur l'économie comme diurétique.» (Dumas, Chimie.)

DOCUMENTS DIVERS.

La Dextrine. — Depuis quelques années la dextrine fait réellement partie de la matière médicale, soit comme secours mécanique dans le collage des appareils à fractures ou autres espèces de bandages, soit comme corps convertible en glucose ou sucre de raisin, et servant ainsi à l'édulcoration des tisanes. On sait, en effet, que certaines boissons que prennent en plein air les flaneurs des Champs-Elysés et autres lieux publics de Paris, ne sont édulcorées qu'à l'aide de la dextrine sirupeuse ou liquide. Telle qu'elle est présentée dans les hôpitaux pour le service des salles de chirurgie, la dextrine s'offre comme une poudre sèche un peu jaunâtre, assez analogue à la farine de maïs déshydratée, ou à de la poudre de vieux bois. Elle est fournie par la pharmacie; elle a donc pris rang parmi les médicaments usuels. Elle est parfaitement soluble dans l'eau, mais c'est avec de l'eau-de-vie camphrée qu'on la mêle pour en faire une sorte de gelée emplastique, ce qui donne déjà à son emploi une certaine valeur pécuniaire. Le procédé suivi dans les hôpitaux pour la préparation des solutions dextrinées n'a rien de fixe, quant aux proportions des éléments ; l'élève ou le chirurgien qui les prépare prend de la dextrine par poignées qu'il verse dans une cuvette métallique, y ajoute de l'eau-de-vie camphrée, et, avec une main, il mêle, remêle, malaxe plus ou moins, ajoute encore une ou plusieurs fois de la farine de dextrine si le mélange lui paraît trop liquide, ou bien de l'eau-de-vie dans le cas contraire; et ainsi de suite, jusqu'à ce qu'il obtienne un solutum collant, de la consistance du miel ou du mucilage ; alors le mélange est bon à servir de suite. Il serait à désirer qu'on eût des proportions fixes, mais la chose n'est pas très facile, par la raison que l'alcool dont on se sert n'offre pas toujours le même degré d'hydratation. M. Félix Darcet cependant avait essayé de déterminer ces proportions ; il avait trouvé que, pour faire une solution de consistance convenable, il fallait, par 100 grammes de dextrine, verser d'abord 60 grammes d'eau-de-vie camphrée, et mélanger les parties, puis 40 grammes d'eau. On délaye la dextrine très vite et facilement, car elle ne s'hydrate que peu à peu en enlevant de l'eau à l'alcool. M. Darcet a trouvé que, pour une fracture de cuisse, il suffisait de 300 grammes de dextrine sèche ; pour une fracture d'avant-bras 150 grammes.

Le prix de la dextrine pulvérulente n'est pas plus élevé que celui de l'amidon. Ce n'est, en effet, que de l'amidon ou de la fécule de pomme-de-terre rendu soluble par la coction au four, à une température de 200 degrés. Il est remarquable qu'à 160 degrés de chaleur, la fécule ou l'amidon persiste encore dans son insolubilité, et qu'à 200 degrés elle acquiert la faculté soluble, sans rien perdre de son poids. Il résulte des recherches microscopiques de M. Raspail, que cette conversion de la fécule en dextrine consiste, dans l'ouverture des petites graines, ou coques des graines amylacées, par le seul fait de la chaleur, et la matière intérieure se ramollit. M. Dumas considère cette conversion comme une véritable fusion de la fécule. On comprend par là pourquoi la dextrine peut s'obtenir partout à un prix peu élevé. On s'en sert également pour la fabrication des pains de luxe et de la bière. La dextrine peut s'obtenir pareillement en traitant la fécule avec la diastase, autre produit végétal Cette dextrine est la plus blanche et la plus pure. Ces notions, qu'on trouve dans plusieurs traités récents de chimie, doivent désormais prendre place dans nos livres de pharmacologie.

Goutte. — Dans un travail intéressant que vient de publier de docteur Ure, de Londres, sur la goutte, il donne,

d après son expérience, un excellent topique pour apaiser ou avorter les accès les plus douloureux de cette maladie, l'éther acétique à la dose de 15 grammes (demi-once), qu'on frictionne doucement à la surface de l'articulation malade, toutes les deux heures. Le patient doit rester dans un lit chaud après chaque friction. Lorsque l'accès n'est que de force moyenne, M. Ure a trouvé d'un grand avantage d'enduire l'articulation avec un pinceau trempé dans de l'huile de naphte ou huile de charbon de terre (coal naphta) dont la composition hydrocarbonique est identique à celle du naphte d'Orient. Quand on l'applique, le naphte produit une sensation de chaleur accompagnée d'un léger frémissement; il pénètre profondément et agit comme controstimulant sur les capillaires, dit l'auteur. A côté de ces deux topiques, M. Ure place la teinture d'arnica et une pommade composée d'une partie d'extrait de belladone et huit ou dix parties de cérat. Pour combattre l'œdème qui succède dans le membre malade après chaque accès, l'auteur s'est très bien trouvé de la position très élevée du membre. Quant aux moyens propres à dissoudre les dépositions tophacées, silicate de potasse, ce qu'il a trouvé de mieux ce sont des fomentations avec une solution de la liqueur dite de roche (of flints) des anciens chimistes, à la dose de 50 à 75 centigrammes par 180 à 220 grammes d'eau. Les dépositions phosphatiques sont heureusement maîtrisées à l'aide de préparations benzoïques. (Lond. med. Gaz. nov.)

Sphygmique. — Burdach et Sœmmering donnent le tableau suivant sur les variabilités du pouls d'après l'âge : Chez le fœtus, avant terme, 150 puls. par minute; chez l'enfant nouveau-né, 130 à 140; chez l'enfant d'un an, 115 à 120; de deux ans, 100; de trois ans, 90 à 100; de quatre à sept ans, 86; de sept à quatorze ans, 80; à la puberté, 75; à la virilité, 65; dans la vieillesse, de 50 à 60. On sait que le pouls varie plus ou moins après le manger et le boire. Le sommeil le ralentit, le mouvement l'accélère, mais pas le mouvement de la voiture. Le froid le retarde, la chaleur l'élève. D'après M. Graves, il y a une grande différence dans le pouls, suivant que l'individu est couché, debout ou assis; il se ralentit par le coucher, s'élève de 6 à 15 pulsations et même davantage par la position assise ou debout, et *vice-versa*. (*Memor. di med. contemp.* Sept. 1844.)

Haleine fétide. — Le docteur Wigan, de Londres, soutient, dans deux articles qu'il vient de publier, que rien n'est plus facile que de guérir la fétidité de l'haleine qu'offrent certaines personnes, et qu'il a vu produire le désespoir jusqu'au suicide. La cause la plus fréquente réside, selon lui, dans les amygdales (abcès chronique, kystes qui s'ouvrent et se ferment de temps en temps). La matière sécrétée à la surface de ces glandes s'altère et donne lieu à une fétidité insupportable. L'auteur a donc adopté pour pratique ou de fendre convenablement les amygdales ou de les exciser. Un gargarisme de teinture de myrrhe et de vin de Porto est employé dans le premier cas. Habituellement des gargarismes d'eau et de teinture de myrrhe sont nécessaires pour achever la cure. (Lond. med. Gaz.)

Paralysies de la face. — Dans un travail que vient de publier M. Marshal-Hall sur la paralysie de la portion dure de la septième paire, l'auteur s'attache à démontrer à quels caractères on peut reconnaître que le mal est purement périphérique ou rhumatismal, et non lié à une lésion cérébrale. Ces caractères sont positifs pour l'affection cérébrale et deviennent par conséquent indirectement démonstratifs pour l'autre, lorsqu'ils n'existent pas. Ainsi l'on regardera comme périphérique la paralysie : 1° lorsqu'il n'y a pas de surdité, par la raison que lorsque le siége du mal est dans le cerveau, la portion molle est également affectée que la portion dure de la septième paire; 2° lorsque les paupières du côté paralysé restent ouvertes, par la raison qu'elles sont fermées passivement le plus souvent lorsque la lésion existe dans le cerveau; 3° lorsque la langue ne se dévie pas, quand le malade la tire au dehors, par la raison que l'hémiplégie n'est pas bornée à la face seulement quand le mal émane du cerveau. Ajoutons qu'après l'affaissement passif de la joue, les muscles de ce côté se contractent souvent spasmodiquement et déterminent une sorte d'ascension exagérée, convulsive, de la joue et du sourcil, lorsque le mal est périphérique, par la raison qu'après la première impression du froid sur les appendices nerveuses succède une réaction inflammatoire dans les petites gaînes nerveuses. Ces données, sans être tout à fait neuves, offrent un véritable intérêt pour le diagnostic et aussi pour le traitement. (The Lancet, 30 mars)

Créosote. Tumeurs érectiles.—On a fait dernièrement en Angleterre une application heureuse de la créosote dans le traitement des tumeurs érectiles chez les enfants. On s'en est servi comme topique, à l'aide de compresses, ainsi qu'on le pratique pour toutes les fomentations. La créosote a été plus ou moins délayée à l'aide de l'alcool ou de l'eau, à parties égales, plus ou moins, selon les effets. Par ces fomentations la tumeur s'enflamme, s'excorie, s'ulcère, se solidifie et se laisse ensuite graduellemen absorber. On prétend que la créosote agit chimiquement en coagulant la fibrine et l'albumine du sang. On l'a surtout trouvé d'un précieux secours contre les nœus plats, superficiels, à grande surface, et qu'on n'ose pas attaquer avec le bistouri en raison de leur étendue. (Méd. Times).

Hygiène. — «On estime de 750 à 850 litres la quantité d'oxygène qu'un homme consomme en un jour, d'où il résulte qu'il désoxygène ou vicie complétement près de cinq mètres cubes d'air; mais on a vu que ce fluide devient suffoquant quand il contient 1/10 d'acide carbonique, et même qu'il est dangereux de le respirer avant qu'il soit arrivé à ce dégré de viciation. Ce n'est donc pas exagérer que de porter au moins à 25 mètres cubes la quantité d'air qu'un homme altère et rend insalubre dans l'espace de 24 h.» (Dupasquier, Chimie).

Saignée. — En cas de fracture du bras ou de la clavicule, on ne doit pas pratiquer une saignée sur le membre même fracturé, à moins d'y être forcé par des circonstances exceptionnelles, par la raison que le bandage qu'on est obligé d'appliquer à la fracture empêche la saignée de se fermer. un individu, qui est en ce moment dans les salles de M. Blandin, se trouve dans ce cas. Il portait une fracture à la clavicule, la saignée qu'on avait pratiquée en ville a donné des hémorrhagies répétées; il a fallu laisser quelques jours le bras dans une simple écharpe pour obtenir la cicatrisation de la veine, avant de remettre un appareil à fracture.

Le crémastère.—«L'usage du muscle crémastère est de tirer en haut le testicule, dans l'acte du coït : il le presse contre le pubis et l'anneau inguinal, et par là il favorise le passage de la semence en même temps qu'elle est secrétée.» (A. Cooper.) — Le crémastère existe même dans les animaux chez lesquels le testicule reste dans l'abdomen.

CLINIQUES CHIRURGICALES.

REMARQUES GÉNÉRALES.

Des fractures de toutes sortes encombrent en ce moment nos salles de chirurgie des hôpitaux. Rien n'y manque pour dresser un tableau très complet sur ces lésions. Ici sont les cas les plus communs; là, les cas les plus rares, soit comme siége, soit comme complication ou même comme terminaison de la fracture. Dans une salle (Gerdy), on voit une fracture simple de la cavité glénoïde ; à côté c'est le col huméral qui est brisé chez un jeune homme de 14 ou 15 ans, ce qui équivaut à une rupture épiphysaire ; dans une autre, ce sont les apophyses des vertèbres dorsales qui sont fracassées chez une femme (Hôtel-Dieu, Chassaignac). Ailleurs (Blandin), on rencontre des fractures multiples chez un couvreur, arrivées successivement et guéries, à la cuisse, à la clavicule, au bras, à la rotule, et par dessus tout cela, un retrécissement à l'urètre et des fistules périnéales sur le même individu; ou bien encore, deux fractures sur un même humérus, l'une au col, l'autre vers le milieu de la diaphyse, chez un jeune homme déjà guéri parfaitement (Blandin). Veut-on étudier les fractures compliquées d'écrasement, de déchirures musculaires, de plaie avec sortie des fragments, d'hemorrhagie, etc.? On n'a qu'à s'arrêter à Saint-Louis (Jobert) ou à Beaujon (Robert). Le nombre des entrées d'urgence a été si considérable, depuis une quinzaine de jours, qu'il a fallu avoir recours partout à des lits supplémentaires; c'est une véritable épidémie de fractures sur des sujets de tout âge, sans en exclure des enfants à la mamelle ou ayant à peine atteint l'âge de quatre ans environ. Cette masse énorme de faits, portant à la fois sur une même famille de lésions, offre plus d'intérêt encore au point de vue thérapeutique, puisque les trois grandes méthodes y sont appliquées sur une grande échelle par des praticiens différents, et qu'on peut en comparer assément les résultats. Voulez-vous approfondir la méthode de Scultet? Les services de MM. Roux, Lisfranc, Gerdy, Robert, vous fourniront de grandes séries d'exemples. Tenez-vous à juger l'appareil dextriné? MM. Velpeau et Blandin vous présenteront leurs succès et leurs revers. Desirez vous enfin apprendre à guérir les fractures sans aucun bandage compressif, les salles de M. Jobert vous offriront des exemples par centaines! Nous nous sommes déjà plusieurs fois expliqué sur les résultats de ces méthodes, nous n'y reviendrons pas; mais il est un point sur lequel nous devons appeler l'attention; nous voulons parler du traitement des fractures non consolidées, et terminées par fausse articulation, que nous désignerons avec Beclard du nom de pseudarthrose surnuméraire, pour la distinguer de la pseudarthrose supplémentaire, cette dernière se rapportant à la fausse articulation des luxations non réduites.

La pseudarthrose surnuméraire a fourni dernièrement à M. Blandin matière à une leçon substantielle dont nous allons reproduire les points pratiques les plus saillants. Rapportons d'abord les deux cas remarquables de son service qui en ont fourni l'occasion. Un jeune homme âgé de 22 ans, bien constitué, robuste, habituellement bien portant, s'était fracturé le bras vers son milieu, par suite d'une chûte sur le côté, il y a 18 ou 20 mois. On l'avait traité en ville à l'aide d'un appareil défectueux, c'est-à-dire, d'une bande peu serrée et d'attèles très courtes, bornées à l'endroit même de la lésion. Quand cet appareil fut ôté, les fragments n'étaient point réunis et ils ont persisté dans le même état par la suite. A son entrée à l'Hôtel-Dieu, il n'y avait pas lieu à revenir sur la simple contention des fragments, puisque aucun travail plastique n'existait plus entre les parties, toute trace de cal ayant déjà disparu. M. Blandin a donc cru devoir raviver le travail éteint, en insinuant obliquement entre les fragments un ténotome pointu; il a divisé ainsi les tissus fibreux accidentels qu'il y a rencontrés, et piqué à plusieurs reprises le sommet des deux fragments. La réaction a été très vive, un phlegmon suppurant s'est déclaré. Le chirurgien a agrandi la piqûre du ténotome pour donner issue au pus, puis il a pratiqué une contre-ouverture un peu au dessus et en arrière; un clapier cependant s'est formé de bas en haut dans la direction de la veine céphalique, jusqu'à la hauteur de l'épaule; on aurait pu croire au prime-abord que le liquide pénétrait dans l'articulation scapulo-humérale. M. Blandin a pratiqué une seconde contre-ouverture au dessous de cette articulation; du pus de bonne nature s'est écoulé librement par toutes ces ouvertures. Le membre a été remis en appareil et l'on espère que le travail réparateur ne manquera pas de s'accomplir heureusement. Nous indiquerons tout à l'heure quelques particularités de cet appareil.

Le second fait n'est pas précisément relatif à une pseudarthrose, mais il offre des points de contact avec le précédent. Il s'agit d'un vieillard, âgé de 70 ans environ, qui s'était fracturé le milieu du bras gauche par suite d'une chûte sur le coude; la fracture était simple; on l'a pansée à l'ordinaire. Le 2.e jour de l'accident le malade est mort de congestion cérébrale. A l'autopsie on a trouvé les deux fragments déjà réunis par un cal provisoire, bien qu'encore mobiles légèrement. Cette pièce que nous avons eue en main offrait les particularités suivantes : la fracture était excessivement oblique; le bec de flûte de chaque fragment présentait une longueur de neuf centimètres environ (trois pouces), et se terminait par une véritable languette. Les deux fragments étaient réunis avec très peu de chevauchement, mais avec un déplacement complet selon la direction, c'est-à-dire que le fragment inférieur avait roulé sur son axe, et le canal médullaire se trouvait à découvert dans chaque fragment; leur accollement, par conséquent,

n'avait pu s'opérer que par leurs bords tranchants et par leur face non sanglante. Le canal médullaire se trouvait oblitéré sur les deux bouts par de la lymphe plastique, déjà ossifiée et offrant presque le poli du cartilage. Les deux fragments restent collés ensemble évidemment par de la matière périostale ou plutôt par le périoste lui-même épaissi et prolongé de part et d'autre, de manière à offrir sur les deux points intermédiaires le volume de deux marrons. Ce recollement était déjà assez ferme, et il fallait employer une certaine force pour déterminer un léger mouvement entre les fragments. La résistance de l'adhésion a paru telle que l'on pouvait se demander si cet os ne pourrait déjà, à cette époque, se prêter heureusement aux extensions réductives en cas de fracture compliquée de luxation.

En présence de ces deux faits, M. Blandin a dû se poser la question de savoir pourquoi chez le premier malade, jeune homme d'excellente constitution, la fracture ne s'était point réunie, tandis que, chez le second, malgré son âge très avancé la réunion était déjà si solide après la troisième semaine de l'accident. Il n'en a trouvé la raison que dans le mode de pansement. Chez le jeune homme, en effet, on n'avait fait usage que d'attèles très courtes, incapables par conséquent de contenir les fragments; il en résulte que dans les mouvements de totalité du membre, auxquels les malades se livrent toujours, soit dans le jour, soit la nuit pendant le sommeil, les fragments ont dû s'infléchir, et cette inflexion répétée était précisément ce qu'il fallait pour établir une fausse articulation ; tandis que chez le malade traité à l'Hôtel-Dieu, l'appareil était parfaitement solide et la nature a pu exécuter heureusement son travail réparateur.

M. Blandin pose en fait que c'est au bras que la terminaison des fractures par pseudarthrose s'observe le plus souvent, et cela à cause de l'insuffisance de l'appareil prescrit par les auteurs, même les plus compétents, comme Boyer, par exemple. On enseigne en effet, de poser une double bande dans les fractures diaphysaires de l'humérus, savoir : la première depuis la main jusqu'à l'épaule; sur cette bande on place trois ou quatre attèles s'étendant de l'aisselle au coude; et par dessus on passe la seconde bande qui doit se borner entre le coude et l'aisselle et brider convenablement les fragments. Or, quand la fracture existe à la partie supérieure de la diaphyse, les attèles n'embrassent pas suffisamment le fragment supérieur, et pour peu que le malade écarte le coude du tronc, ainsi qu'il le fait toujours dans les différents actes de la vie, malgré l'écharpe et les recommandations spéciales, ce mouvement fait infléchir les fragments; la répétition de cet acte entraîne souvent la pseudarthrose. Tels sont les reproches que M. Blandin adresse à l'appareil classique, reproches d'insuffisance, d'incapacité, susceptibles d'emmener une infirmité très grave.

Voici maintenant comment M. Blandin remédie à ces inconvénients. Il se propose de clouer le coude à la poitrine sans violence aucune, et de prévenir ainsi le mouvement d'inflexion dont nous venons de parler. Après avoir posé le bandage classique à l'ordinaire, avec ou sans dextrine, il emploie deux autres liens: l'un, c'est un ruban fort et large, en fil, qu'il applique en 8 sur le poignet, et dont les tours passent sur la paume, entre le pouce et l'indicateur; les deux chefs sont noués à double nœud sur la face dorsale, pas trop fortement pour gêner la circulation, mais assez pour empêcher la main de s'échapper de cette espèce de chevêtre; les mêmes chefs ainsi noués sont alors passés autour de la nuque et noués à double nœud sur l'un des deux cotés du cou; on coupe à ras sur ce nœud les deux chefs, afin que le malade ne puisse le défaire. Le second lien est une bande appliquée en 8 sur le membre fracturé et sur l'épaule opposée, c'est-à-dire en décrivant des doubles triangles qui se rencontrent par leurs bases comme dans le bandage claviculaire de Dessault. Cette bande est dextrinée si le premier bandage a été dextriné. De cette manière il est impossible que le malade puisse ébranler le membre. Plusieurs malades sont en ce moment traités de la sorte à l'Hôtel-Dieu.

Notre devoir d'historien est rempli si l'exposition précédente est fidèle comme nous le croyons. Reste cependant notre devoir de critique. On ne saurait assurément élever d'objection sur la judicieuse addition de M. Blandin au bandage commun de la fracture diaphysaire de l'humérus, et il suffit de l'avoir fait connaître pour que les praticiens s'empressent de l'adopter. Il ne faut pas oublier néanmoins que la grande écharpe recommandée par Boyer, faite avec une large serviette, fixée d'abord autour du tronc, à la hauteur des aisselles, et réfléchie ensuite sur elle-même et autour de tout le bras à demi-fléchi, de manière à emboîter celui-ci et à le serrer contre la poitrine, n'avait d'autre but que de remplir l'indication que vient de se proposer M. Blandin; seulement elle est peut-être plus sujette à se relâcher. Une autre observation concerne la cause signalée par M. Blandin, dans l'espèce. Nous disons *dans l'espèce*, car cette cause était déjà indiquée d'une manière générale par les auteurs. Les raisons exposées par M. Blandin sont tellement palpables, qu'on ne saurait trop y fixer l'attention, et désormais il importe que les chirurgiens sachent que la pseudarthrose dans la fracture du bras n'est le plus souvent que l'effet de l'imperfection de leur bandage et de leur imprévoyance. (sic.)

Cette imperfection tient à la brièveté des attèles, et leur imprévoyance réside dans l'absence des mesures énergiques pour brider le coude contre le tronc. Nous tenions à spécifier ces circonstances, car il est de fait que les pseudarthroses du bras qu'on rencontre dans les hôpitaux viennent ordinairement de la pratique de la ville, des provinces ou des campagnes. Il est excessivement rare en effet que les fractures en question, qu'on traite dans nos hôpitaux, se terminent par pseudarthrose. Cela ferait présumer déjà que le bandage classique, quand il est bien appliqué comme dans les hôpitaux, n'offre pas toutes les imperfections que

lui reproche M. Blandin. D'un autre côté, nous pouvons affirmer qu'à St.-Louis, où ces fractures ne sont traitées autrement qu'à l'aide d'un simple lacq extenseur sur le poignet et un autre contrextenteur autour des aisselles, guérissent parfaitement et avec une grande rapidité; il est vrai que ces malades sont forcés de garder le lit, et le mouvement d'inflexion dont nous avons parlé est chez eux impossible. Cela prouve, au surplus, qu'on peut très bien guérir aussi ces lésions sans attèles ni bandes. Les remarques précédentes n'empêchent pas enfin de reconnaître, dans certains cas, d'autres causes de non réunion de ces fractures. Nous avons déjà fait remarquer que, d'après M. Roux, les pseudarthroses se rattachaient assez souvent à des fractures par cause directe ou immédiate. En remontant néanmoins aux conditions de l'appareil on reconnaîtra avec M. Blandin, dans ces conditions mêmes la véritable source de l'infirmité dans la majorité de ces cas, non seulement pour le bras, mais encore pour d'autres membres. Une jeune femme, couchée à l'Hôtel-Dieu, salle St.-Charles, portait, il y a plusieurs mois, une fracture au col du fémur, et une autre à la mâchoire inférieure en H, c'est-à-dire la portion mentonnière était divisée sur deux points verticalement, et le bord alvéolaire était fendu horizontalement. L'indocilité de cette femme a été telle que la frature alvéolaire s'est convertie en pseudarthrose. (Chassaignac)

En revenant à présent au procédé adopté par M. Blandin pour obtenir la revivification du travail réparateur, on peut se demander jusqu'à quel point une pareille pratique mérite la préférence sur la résection ou le seton. Pour ce qui est du seton, soit en fil de lin, soit en fils métallique, il est presque complétement abandonné de nos jours; ses résultats en effet ont été souvent ou fort graves ou nuls. Quant à la résection, elle compte encore quelques partisans, puisque M. Velpeau vient de la pratiquer dans un cas semblable à celui de M. Blandin; il ne faut pas se dissimuler cependant qu'elle est de difficile exécution et fort grave par elle-même. *A priori*, tous les avantages sont pour le procédé des piqûres ténotomiques. La suppuration abondante que ce procédé a déterminée dans le cas de l'Hôtel-Dieu est déjà une preuve de son efficacité, et en même temps un avertissement salutaire, important, pour n'employer les piqûres qu'avec mesure; d'autant mieux qu'on peut y revenir si les premières ne paraissent pas échauffer suffisamment le foyer. L'avenir au reste, nous apprendra sur ces deux opérés, lequel des deux procédés aura le mieux agi.

Il nous reste enfin à dire un mot d'une application nouvelle qu'on vient de faire en Italie de la pseudarthrose artificielle dans les fractures du col de l'humérus compliquées de luxation de l'épaule. Dans ces occurences, M. le professeur Riberi a eu l'heureuse idée de s'opposer à la consolidation de la fracture et de la convertir en articulation supplémentaire. On comprend en effet que la réduction de la tête humérale étant impossible, la nouvelle articulation peut y suppléer et permettre au membre de reprendre ses fonctions. Déjà nous avions fait connaître les cas dans lesquels M. Riberi avait mis ces idées en pratique avec succès, et nous avons en ce moment sous les yeux deux nouveaux faits que vient de communiquer à la société médico-chirurgicale de Turin le docteur Peyrani; le résultat a été tout aussi satisfaisant. Dans l'un, il s'agit d'une vieille femme, âgée de 71 ans, qui, en roulant dans un escalier, s'est luxé le bras et fracturé le col de l'humérus du même côté; on a combattu la réaction inflammatoire qui a été très vive; puis, à compter du 15e jour de l'accident, on a exercé sur les fragments de légers mouvements tous les jours, autant que la douleur pouvait le permettre. Deux mois après, le membre était encore rigide et inserviable, mais vers le troisième, quatrième mois, ses mouvements volontaires ont commencé à se rétablir. Vers le septième mois il exécutait déjà les mouvements rotatoires, ainsi que les autres mouvements, d'abord avec gêne, puis de plus en plus librement; enfin la patiente a pu reprendre toutes ses occupations habituelles, et, chose remarquable, le moignon de l'épaule s'était, par l'exercice, lui-même renflé et la saillie acromiale avait en partie disparu. Dans l'autre cas, le même accident était arrivé sur une jeune fille de 10 ans; les mouvements artificiels sur les fragments ont été commencé vers le 30e jour et le résultat a été aussi heureux que dans le cas précédent. Quelle que soit cependant la rationnalité avec laquelle se présente la nouvelle pratique dont il s'agit, nous devons avouer que les détails de ces deux observations ne nous ont pas paru tout à fait concluants. On sait au reste que l'idée d'établir une pseudarthrose artificielle avait déjà été proposée et même appliquée contre certaines ankyloses du fémur et de la mâchoire inférieure, mais il s'agit, dans ces cas, d'une opération sanglante grave, tandis que rien n'est hasardé dans la pratique proposée par M. Riberi.

Le cancer de la lèvre inférieure s'offre en ce moment dans plusieurs hôpitaux avec des caractères qui ont attiré tout notre intérêt pratique. On en voit trois exemples à la Charité (Gerdy), un quatrième à Saint-Louis (Jobert), un cinquième à l'Hôtel-Dieu (Blandin), un sixième enfin aux Invalides (Pasquier). Cinq de ces sujets sont des hommes âgés de 50 à 60 ans; le sixième est une femme à peu près du même âge. Chez trois, le mal est angulaire, c'est-à-dire, a pour siége l'angle de la bouche, intéresse les deux lévres à la fois et empiète plus ou moins du côté de la joue et du côté du corps de la lèvre. Chez les trois autres, l'affection n'envahissait que le milieu de la lèvre et restait principalement limitée sur son bord libre. Ainsi, au point de vue de son siège, le cancer labial présente deux variétés importantes chez ces six malades : il est angulaire chez les uns, mitoyen ou axuel chez les autres. On prévoit déjà que cela doit entraîner une différence essentielle dans le mode opératoire, ainsi que nous allons le voir. Sous le rapport de sa forme, la maladie nous a présenté également deux variétés non moins

importantes. Chez les sujets les plus âgés, la végétation affectait la forme sèche, analogue à une production épidermique, s'accroissant extrêmement lentement et par des croûtes superposées, de manière à simuler extérieurement un fragment de charbon de terre distillé (coke); la base de cette croûte était lardacée, peu profonde et gagnait plutôt en largeur qu'autrement; la muqueuse labiale et de la joue était rugueuse et indurée sur deux de ces malades. Chez les autres, le cancer affectait la forme humide; il avait commencé par un bouton saignant, s'était ulcéré, suppurait et gagnait en profondeur. Un de ces derniers avait déjà été opéré et le mal avait récidivé. Au reste, chez aucun, les ganglions environnants ne paraissaient intéressés, et l'affection datait, chez tous, de plusieurs années; néanmoins, le cancer *sec* (qu'on nous passe cette expression), datait de plus loin et faisait moins de progrès; il ne s'accompagnait pas de douleurs. A tout prendre, il a été évident que la forme humide a paru plus grave sous tous les rapports. On pourrait même se demander s'il ne s'agit là de deux affections. Aucune donnée démonstrative cependant n'est encore en possession de la science pour répondre péremptoirement à cette question; mais, au point de vue du pronostic, il est permis de regarder comme moins grave la forme sèche du cancer labial; cette forme paraît, au reste, se déclarer de préférence vers l'un des angles des lèvres. Dans un cas de cancer croûteux de la première espèce, siégeant à l'angle externe des paupières et à la tempe, chez une femme octogénaire, extrêmement maigre, que nous avons vue dernièrement à Beaujon (Robert), l'affection datait de plus de vingt ans et ne paraissait faire aucun progrès; cependant l'œil s'était légèrement vascularisé et la cornée s'était obscurcie.

Trois procédés différents ont été adoptés pour opérer les six malades en question. Le cancer angulaire a été attaqué à l'aide de deux incisions courbes, comprenant les deux portions correspondantes des lèvres malades et se prolongeant vers la joue, de manière à se rencontrer et former un angle vers le point le plus externe de l'affection. Une troisième incision en demi-lune a servi à enlever le corps de la lèvre, lorsque le mal se prolongeait aussi de ce côté. Après ces excisions, on a réuni, à l'aide de la suture entortillée, la double plaie angulaire, jusqu'au niveau de l'angle des lèvres. Quant à la plaie du corps de la lèvre, elle a été abandonnée à elle-même; on s'est seulement contenté de la convrir de linge cératé. Un mode opératoire plus simple a été suivi pour le cancer qui ne s'étendait pas jusqu'à l'angle des lèvres; on s'est borné à exciser la partie malade à l'aide de quelques coups de ciseaux courbes, en dirigeant les incisions suivant une ligne courbe à convexité inférieure; on a ensuite disséqué, avec le bistouri, les tissus soujacents, jusqu'au bord inférieur de la mâchoire, afin de les remonter ou de faciliter leur ascension spontanée par suite du travail de cicatrisation. — Dans un autre cas enfin de cancer mitoyen de la lèvre, on a mis en usage le caustique calcéo-potassique (pâte de Vienne); c'est M. Jobert qui a suivi ce dernier procédé. Chez tous ces malades, l'ablation a eu de bons résultats, au point de vue de l'opération; on ne peut cependant répondre de la récidive, toujours possible, probable même en pareils cas.

Le point pratique le plus saillant à relever dans les faits ci-dessus concerne le mode opératoire. On vient de voir en effet que, dans le cancer mitoyen de la lèvre, les chirurgiens des hôpitaux n'emploient plus de suture de nos jours, se conformant en cela aux enseignements de Dupuytren; tandis que, dans le cancer angulaire, ils font usage de la suture jusqu'au niveau de la commissure. La suture adoptée par M. Gerdy, et qui a paru mieux réussir que les autres, est la suture enchevillée, ainsi que nous le dirons avec plus de détails plus loin. Ce qu'il y a de plus remarquable, on pourrait dire d'admirable, dans ces excisions sans suture, c'est de voir avec quelle puissance la force organique reproduit la lèvre détruite, par le mouvement ascensionel ou concentrique que le travail cicatriciel imprime aux tissus mobiles de la région antérieure de la mâchoire et du cou. Nous avons vu dans un autre article que le même travail d'autoplastie spontanée s'effectuait à la suite de l'excision des paupières.

L'érysipèle qui, l'été dernier, a fait de si désolants ravages dans les salles de chirurgie, vient de reparaître encore depuis quelques semaines avec une nouvelle fureur. C'est surtout à l'Hôtel-Dieu et à Saint Louis que cette indomptable affection frappe cruellement les opérés, dissèque les tissus, les mortifie, les détruit par une sorte de fonte purulente et entraîne souvent des terminaisons fatales. Les femmes y sont plus prédisposées; celles qu'on soumet à l'amputation du sein en sont presque toutes victimes; quelques-unes succombent. M. Blandin vient de prendre le parti de ne plus réunir les plaies, et cette mesure a paru préserver de l'érysipèle. Si par malheur on applique des bandelettes de diachylon sur la plaie, l'érysipèle qui survient est terrible; une femme venait d'être opérée par M. Blandin d'une blépharoplastie inférieure, le lambeau avait été emprunté au front et rabattu sur la joue; il s'était très bien greffé, et l'on allait couper le pédicule, lorsqu'on a cru devoir temporiser et comprimer, en attendant, la nouvelle paupière à l'aide de bandelettes de diachylon; un érysipèle terrible est survenu, qui a crevé l'œil, a marché vers les méninges et a mis les jours de la malade en danger. Une autre femme, opérée par M. Jobert d'un lipome à l'épaule gauche a essuyé également un érysipèle formidable avec pourriture d'hôpital. Une foule d'opérés à Saint-Louis sont actuellement victimes d'érysipèles fort graves. Un jeune homme, traité à l'Hôtel Dieu (Blandin) pour une maladie légère, y a gagné une érysipèle terrible au scrotum; toute cette partie est tombée en gangrène, et les deux testicules pendent à découvert avec leurs cordons. Une femme a été reçue à Saint-Louis pour une fracture compliquée à la jambe; l'érysipèle s'en est emparé, a marché vers la cuisse et le

trone, a empêché l'amputation et s'est terminé par la mort. Il existe des faits analogues dans d'autres services. Nous ne parlons pas du traitement qu'on suit, ce sujet ayant été exposé il y a quelques mois. A quoi bon parler d'ailleurs de moyens qui n'empêchent pas le fléau de sévir mortellement!

La descente tardive du testicule dans les bourses a, de tout temps, attiré l'attention des observateurs. C'est, jusqu'à présent, une anomalie inexplicable qui cause souvent des embarras, sinon des accidents plus ou moins fâcheux. On en voit, en ce moment, deux exemples dignes d'intérêt, l'un à l'Hôtel-Dieu (Blandin), l'autre à la Charité (Gerdy). Le premier s'accompagne d'une complication singulière, non encore signalée par les auteurs, ni facile à expliquer : nous voulons parler d'une hydrocèle péridydymique formée dans l'intérieur du ventre ou dans le trajet du canal inguinal où l'organe se trouve encore arrêté. Il s'agit d'un jeune homme d'une trentaine d'années, d'excellente constitution, qui, dès son enfance, ne portait qu'un seul testicule dans les bourses, celui du côté gauche. Depuis six mois environ, une tumeur, accompagnée de douleurs insupportables, s'irradiant le long du flanc jusqu'aux lombes, s'est déclarée dans le trajet inguinal du côté droit; on s'est assuré que ce n'était pas une hernie; on a bientôt reconnu la présence du testicule qui descendait très lentement. Cet organe s'est arrêté depuis plusieurs mois à l'anneau inguinal externe, qu'il soulève comme un bubonocèle marroné et interstitiel; le testicule ne se montre que partiellement au dehors, le reste demeure caché sous les aponévroses du canal; mais, chose remarquable, au dessus du testicule et le long du trajet inguinal, jusqu'au commencement de la fosse iliaque, on voit une tumeur continue avec l'organe spermatogène, du volume d'un gros citron, douloureuse à la pression. On croyait d'abord à une hernie derrière le testicule, ainsi que cela a lieu assez souvent; mais, après plusieurs examens minutieux, on s'est assuré que cette tumeur n'était autre qu'une hydrocèle parfaitement diaphane. Ce point de diagnostic a offert des difficultés sérieuses; mais enfin une ponction avec un trois-quarts a donné issue à un demi-verre de sérosité limpide, la tumeur rétrotesticulaire s'est affaissée, et tous les doutes ont été dissipés. Le testicule reste seul maintenant dans l'aîne, il semble altéré, à ce que croit M. Blandin, et l'on ne sait encore ce qui arrivera, car il est probable que l'hydrocèle se reproduira, puisqu'il eût été imprudent d'injecter là un liquide irritant qui aurait pu passer dans le ventre. C'est là une variété nouvelle d'hydrocèle testiculaire et qu'on ne comprend pas suffisamment, puisque l'enveloppe péritonéale du testicule ne semblerait pas devoir être oblitérée à un point aussi élevé, ni avant la descente complète de l'organe. Toujours est il que le fait est entièrement nouveau, et comme complication de la descente tardive du testicule et comme variété d'hydrocèle de la vaginale.

Dans le second cas, il s'agit aussi d'un jeune homme de 25 à 30 ans. C'est également le testicule droit qui était en retard chez lui. La descente de l'organe s'accompagnait d'une hernie derrière lui. Cette hernie existait sans doute dans la vaginale et, heureusement, n'y avait pas contracté d'adhérences; de sorte qu'il a été facile de la repousser dans le ventre, de la maintenir réduite et de permettre au testicule de descendre librement. Les choses se sont ainsi passées sans accident. On prévoit aisément, au reste, qu'en cas d'adhérence de la hernie, ou plutôt des viscères herniées avec la vaginale qui leur sert de sac, ou avec le testicule, le précepte serait de repousser les parties dans le ventre et de s'opposer à leur retour à l'aide d'un bandage. Il faut néanmoins en convenir, que c'est là un cas très délicat, par la raison qu'on n'est pas toujours maître de l'action du bandage. Il arrive d'ailleurs que le testicule repoussé du côté de l'anneau inguinal revient quelquefois par l'anneau crural, ou bien il éraille les aponévroses sur un point quelconque de l'espace pubi-iliaque et se présente au dehors sous forme de hernie ventrale, ainsi que nous l'avons observé une fois à la clinique de Dupuytren. On prévoit déjà que de nouvelles observations sont vivement à désirer pour éclaircir ce point important de pratique; il s'agit de savoir quelle est la meilleure conduite à tenir en cas d'adhérence, soit d'une anse intestinale, soit de l'épiploon avec le testicule qui descend chez l'adulte, et, si dans chacun de ces cas, la conduite doit être la même.

L'écrasement de la tête, chez l'enfant et chez l'adulte, par l'action lente du cordon du serre-tête (sorte de bonnet dont on fait usage dans certains pays pour les enfants, et dont se servent aussi les adultes comme coiffure de nuit), est un fait curieux et important sur lequel M. Foville a dernièrement appelé l'attention, et que nous avons pu constater, il y a peu de jours, chez une vieille femme reçue à l'Hôtel-Dieu pour quelques contusions insignifiantes. Cette femme offrait une tête cylindrique ou oblongue d'avant en arrière, et très aplatie sur les côtés; le front très bas et déprimé, les oreilles collées sur les tempes, le synciput écrasé, tout indiquait *à priori* que cette tête avait été violentée, comprimée pendant longtemps par une puissance périphérique. Ces conditions rappelaient les conclusions de M. Foville qui se faisait fort de reconnaître, dans une assemblée d'hommes ou de femmes, s'il y eût quelqu'un qui fût né et élevé à Toulouse, pays où l'usage du serre-tête est, comme on sait, général. Interrogée dans ce but, la femme a répondu qu'elle était d'Agen et qu'elle faisait habituellement usage du serre-tête, d'après l'habitude de son pays. Cette femme n'était pas dépourvue d'intelligence, ce qui prouve que, quand l'écrasement n'est pas poussé au-delà de certaines limites, la déformation n'entraîne pas d'inconvénients très graves. M. Foville cependant montra dans le temps, à l'Académie de médecine, plusieurs femmes imbéciles dont l'empreinte circulaire du serre-tête était très prononcée; toutes ces femmes étaient de Toulouse ou des environs. Cela ne veut pas

dire, bien entendu, que cette déplorable habitude qui fait tant de victimes ne laisse pas d'heureuses exceptions.

Les abcès rétropharyngiens constituent une maladie des plus graves, et pourtant ils ne sont pas suffisamment étudiés, à cause sans doute de leur rareté. Nous n'en avons observé que deux exemples; l'un, il y a longtemps, à l'Hôtel-Dieu (clinique de Dupuytren); l'autre, il y a peu de jours, à Beaujon (Robert). Le premier s'offrait dans les conditions d'un abcès phlegmoneux, il bombait au fond de la gorge et paraissait formé dans le tissu cellulaire placé entre le corps des vertèbres et la paroi postérieure de l'œsophage; le mal avait suivi toute la marche d'une angine aiguë; Dupuytren y enfonça la pointe d'un bistouri, et les suites ont été heureuses. Le second présentait d'autres phénomènes, il se rattachait à une maladie des vertèbres, avait acquis une grande étendue et s'est terminé par une asphyxie mortelle. Nous avons assisté à l'autopsie. En voici les détails. Il s'agit d'un homme d'une cinquantaine d'années, ayant les poumons farcis de tubercules, et éprouvant souvent des hémoptysies répétées. Il est entré à l'hôpital pour une douleur chronique au cou; les mouvements latéraux étaient gênés et douloureux; la région laryngienne latérale gauche était un peu gonflée dans une grande étendue, et douloureuse; la région latérale droite était aussi sensible à la pression. L'exploration du fond de la bouche laissait voir un bombement formé par la propulsion en avant de la paroi postérieure du pharynx. M. Robert a diagnostiqué une arthrocace cervicale supérieure avec abcès retropharyngien. S'agissant d'un abcès par congestion, le chirurgien n'a pas voulu l'ouvrir de suite. On a appliqué deux cautères à la nuque. Quelques temps après, le malade a été saisi d'une attaque d'hémoptysie, et il est mort subitement. A l'autopsie, on a trouvé un abcès énorme, intermusculaire, s'étendant dans la partie latérale gauche du cou, depuis la base du crâne jusqu'à la clavicule. Le pus était de bonne nature, comme phlegmoneux, en quantité de deux verres à table. Les deux premières vertèbres cervicales, ainsi que les quatrième et cinquième vertèbres du cou étaient dénudées en avant, légèrement érosées, et leurs ligaments latéraux en suppuration. La trachée-artère était bouchée par un énorme caillot de sang, ce qui avait été la cause de la mort subite. Les bronches étaient eux-mêmes remplis de sang. Le parenchyme pulmonaire était surchargé d'innombrables masses tuberculeuses.

On trouve dans Morgagni (Epître 15, n° 13) le cas d'une femme, âgée de 40 ans, asthmatique depuis longtemps et rauque, et qui mourut subitement. On la croyait pulmonique. A l'autopsie, on ne trouva rien ni dans la poitrine, ni dans le ventre, ni dans la tête. Morgagni est allé le lendemain examiner le larynx, alors que personne ni Valsalva ne songeait plus à cette partie. « Dès que je l'ouvris, dit-il, après avoir fait une incision par derrière dans le sens de sa longueur, ce que nous cherchions se présenta aussitôt. Car du pus d'un blanc cendré et comme pulpé, formé en manière d'un corps obturateur, bouchait entièrement la cavité du larynx au dessous de la glotte; et, à cet endroit, la tunique qui tapisse cet organe était ulcérée, ainsi qu'aux lieux où elle couvrait quelques anneaux voisins de la trachée-artère, quoiqu'ici l'ulcération fût plus légère. » Il y avait dans ce cas laryngite chronique avec abcès sous-muqueux et ulcérations. On peut se demander si ces sortes d'abcès, ainsi que l'affection vertébrale, ne sont pas plus ou moins liés à certaines affections chroniques du poumon. On peut se demander encore à quoi servent ces cautères qu'une aveugle routine a appris à appliquer dans ces sortes d'arthrocaces vertébrales? Il ressort déjà de ces faits qu'on peut admettre trois variétés d'abcès rétropharyngiens, les uns idiopathiques ou phlegmoneux, ce sont les plus rares; les autres symptomatiques d'affections vertébrales; d'autres enfin consécutifs à des ulcères laryngiens. Il va s'en dire que tous ces cas s'accompagnent généralement de gravité vitale.

Hôpitaux militaires.

Hopital des Invalides (M. Pasquier). **Hydrocèle testiculaire. Injections iodées.** (Remarques nouvelles.) — La question relative au traitement de l'hydrocèle qu'à soulevée M. Velpeau a été diversement résolue par les praticiens des hôpitaux. Nous y sommes souvent revenus en reproduisant fidèlement soit nos propres observations sur les faits officiels, soit les convictions que les cliniciens eux-mêmes avaient bien voulu nous communiquer avec autorisation de les faire connaître. Nous étions arrivés à cette conclusion, que nous avons exprimée dans le dernier numéro, savoir : que les injections iodées n'offraient pas davantages réels sur la méthode ordinaire. Les nouveaux faits cependant que nous venons d'observer aux Invalides nous font un devoir de rappeler l'attention sur cet important sujet. M. Pasquier nous ayant affirmé que, sur une cinquantaine d'individus qu'il a opérés jusqu'à présent, d'hydrocèle simple ou double, à l'aide de l'injection iodée, il a *constamment* obtenu une guérison durable et sans le moindre accident, nous avons dû chercher quelle pouvait être la cause des récidives fréquentes ou des accidents (suppuration, gangrène de la vaginale) observées dans d'autres hôpitaux et dans le service même de M. Velpeau. Les résultats invariables de M. Pasquier ont paru tenir à sa manière méthodique de procéder, ou plutôt aux proportions constantes de la composition du liquide dont il se sert. Je m'explique. Dans les hôpitaux civils, on emploie la teinture d'iode pure, ou bien mêlée plus ou moins, et sans mesure rigoureuse, d'eau distillée. On verse le liquide dans un bassin de cuivre, puis on le pompe à l'aide d'une seringue métallique. On injecte enfin la poche morbide, et rien n'est fixé rigoureusement ni pour la quantité à introduire, ni pour le temps à le laisser séjourner, ni pour la proportion du liquide à abandonner dans le kyste. Cette manière peu précise de procéder résultait du travail même de M. Velpeau qui n'avait pas paru attacher d'importance au *modus faciendi*, puisqu'il avait obtenu la guérison quelque fût la manière d'opérer qu'il avait suivie. Il est facile de prouver, ainsi que nous nous en sommes assuré, que, par ce mode opératoire, la teinture iodée se décompose en partie et que son

degré d'action sur la séreuse doit varier considérablement; de là l'inconstance des résultats.

Voici maintenant comment on s'y prend aux Invalides. Le liquide arrive tout préparé de la pharmacie; c'est toujours la même quantité, la même proportion, quelque soit le volume de l'hydrocèle. On prescrit, la veille de l'opération : Teinture d'iode d'après le Codex, 15 grammes (demi-once); eau distillée, 125 grammes (4 onces). Une seringue en ivoire ou en ébène, fabriquée chez Charrière, est employée pour l'injection, afin de prévenir toute décomposition du liquide. Celui-ci est laissé dans le kyste quatre minutes seulement, puis extrait complétement. Il est certain cependant que, durant ce séjour, le liquide se décompose en partie; mais cette décomposition, ayant lieu dans la poche morbide, exerce une certaine action salutaire sur les tissus que l'on veut enflammer. La douleur est presque nulle par une solution aussi légère; la réaction cependant est assez prononcée le lendemain et le surlendemain ; le patient accuse plutôt une sorte d'engourdissement que de douleur par l'effet de la pesanteur ou du gonflement des bourses; on lui soutient les parties à l'aide d'un suspensoir. Le cinquième ou le sixième jour, il se lève et marche. La guérison est complète vers la cinquième semaine. Vers cette époque, les bourses étant encore un peu œdémateuses ou empâtées, on en favorise la résolution à l'aide de quelques légères fomentations avec une faible solution de teinture iodée dans de l'eau distillée, dans la proportion de 1 : 32. Telle est la règle invariable suivie aux Invalides.

— Nous nous expliquons les insuccès observés dans les hôpitaux civils par les doses trop fortes de la solution employée. L'on peut se contenter du seul énoncé du fait; si l'on voulait cependant la raison physiologique, nous ne serions pas embarrassé à la trouver dans la double action locale et dynamique de la teinture. Lorsqu'on n'en emploie qu'une faible dose très délayée, comme on le fait aux Invalides, les deux actions sont légères, et la réaction reste, à ce qu'il paraît, juste au degré voulu d'inflammation adhésive. Quand, au contraire, la teinture est en grande proportion, l'iode, qui se précipite en abondance dans le kyste, exerce dans les tissus profonds une action dynamique hyposthénisante énergique, à l'instar de tous les corps métalliques; or, cette action se déclarant la première, enlève aux tissus la faculté d'obéir suffisamment à l'action locale, et la réaction phlogistique est trop légère; il y a alors récidive de l'hydrocèle. Il arrive ici précisément ce qu'on observe avec le calomèle qui, à petite dose, provoque plus promptement le gonflement des gencives et la salivation qu'à dose élevée. Nous ne tenons pas, au reste, à cette explication; ce qui importe de retenir, c'est que ce n'est pas la teinture pure, ni délayée à moitié ou aux deux tiers d'eau, ainsi que l'avait établi M. Velpeau, qui donne les meilleurs résultats, mais bien une teinture délayée dans huit parties d'eau et qu'on injecte à l'aide d'instruments non métalliques. Cinquante succès de file nous paraissent résoudre définitivement le problème de la simplicité, de la sûreté et de l'économie.

Impuissance sénile de la vessie. — Il existe en ce moment, dans les salles de chirurgie des Invalides, une demi-douzaine de vieillards atteints de cette impuissance vésicale qu'on appelle communément paralysie, et que quelques personnes caractérisent d'hypertrophie du troisième lobe de la prostate. Cette affection étant excessivement fréquente aux Invalides, M. Pasquier a pu l'étudier avec soin, le scalpel à la main, et rectifier ainsi les idées erronées qu'on enseigne généralement à cet égard. Ce chirurgien rejette d'abord complétement toute présomption de paralysie isolée, ainsi que nous l'avions fait nous-même dans l'avant-dernier numéro. La vessie ne se paralyse pas, en effet, sans une maladie de la moëlle et, par conséquent, sans que les membres inférieurs et le rectum ne soient eux-mêmes plus ou moins paralysés en même temps. Or, la vessie est si peu paralysée chez ces vieillards, bien portants d'ailleurs, qu'ils éprouvent continuellement des envies d'uriner, et que la sonde, introduite dans la poche urinaire, fait jaillir l'urine avec force. Quant à l'hypertrophie de la prostate, elle peut sans doute exister, mais M. Pasquier regarde comme une chimère l'hypothèse qui fait jouer un grand rôle au troisième lobe prétendu du corps prostatique. Il est facile de s'assurer d'ailleurs que, chez aucun des six vieillards qui sont, en ce moment, à l'infirmerie, la prostate n'est hypertrophiée; elle paraît, au contraire, atrophiée d'après le toucher rectal. Il fallait donc chercher ailleurs que dans ces hypothèses la condition pathologique de l'impuissance. Cette condition a été plusieurs fois constatée, par M. Pasquier, sur le cadavre; elle consiste dans un engorgement inflammatoire sourd du col vésical, avec hypertrophie du tissu musculaire de l'organe; c'est précisément l'idée que nous avions soutenue nous-même. Il s'agit donc d'une impuissance fonctionnelle par un état hypersthénique de l'organe, ce qui est précisément le contraire de la véritable paralysie. Le col vésical est engorgé comme le museau de tanche chez une femme qui éprouve une aménorrhée ou d'autres désordres utérins. Il s'en suit des indications thérapeutiques très précises et bien différentes de celles qu'on trouve enregistrées dans certains ouvrages. On peut se demander, en attendant, à quoi sert ce merveilleux arsénal de M. Roy d'Etiolles, destiné à poursuivre le fantôme du troisième lobe vésicale, pour guérir la rétention urinaire chez les vieillards; vain étalage d'un génie ostentateur qui cherche à lier, à reprimer, à refouler, à écarter on ne sait trop quoi ni comment!

— L'indication la plus pressante est, comme on sait, de combattre la rétention urinaire. S'il n'y a pas de rétrécissement, on fait usage d'une sonde courbe, plutôt grosse que petite. L'observation a appris, dans ces cas, que les sondes à grande courbure passent plus facilement, à cause de l'espèce de déplacement que le col vésical a subi par le double fait de l'hypertrophie et de la rétention urinaire; aussi, trouve-t-on commode de relever la portion postérieure du canal, à l'aide d'un doigt dans le rectum pour faciliter le passage du bec de la sonde. Malgré cette manœuvre cependant, souvent on éprouve de grandes difficultés pour entrer dans la vessie sans déchirer la prostate; et si le cas est très pressant, on est parfois forcé d'en venir à la ponction de la vessie. Tout cela est parfaitement connu; mais ce qui ne l'est point assez, c'est un procédé particulier que M. Pasquier a plusieurs fois employé avec succès, dans des cas où les autres procédés avaient échoué; il consiste à se servir d'une grosse sonde de gomme élastique, armée d'un très petit mandrin d'argent, mince et très flexible, auquel on donne une courbure exagérée; cette sonde est introduite à l'ordinaire jusqu'au col; et après avoir tenté

de la faire passer, on s'arrête et l'on retire brusquement le mandrin d'une main, en même temps qu'on pousse de l'autre la sonde comme pour entrer. Dans ce double mouvement de retrait et d'impulsion, le bec postérieur de la sonde éprouve une sorte d'oscillation pour revenir à une courbure moindre, et, dans ces entrefaites, il gagne l'ouverture du col et entre dans l'organe. A part l'explication, qui importe peu, l'essentiel est que ce mode opératoire a souvent réussi alors que les autres procédés avaient échoué. Il est donc utile de s'en prévaloir au besoin. Après cette indication fondamentale qui se renouvelle sans cesse, puisqu'on ne la confie plus, de nos jours, à la sonde en permanence, à cause des dangers qui s'en suivent, reste la seconde indication qui consiste à combattre l'état dynamique de l'organe. Malheureusement une grande pauvreté règne à cet égard, et, quand les antiphlogistiques ordinaires, les bains, l'usage intérieur du seigle ergoté, les pommades de camphre, etc., ont été mis en usage sans succès, le mal persiste indéfiniment, et toutes les ressources se réduisent au cathétérisme répété plusieurs fois par jour, par le malade lui-même, comme une simple mesure palliative.

Alcoolat savonneux adopté aux invalides. — Il entre à chaque instant à l'hôpital des Invalides de ces vieilles moustaches, restes glorieux de l'ancienne garde impériale, se plaignant de douleurs aux cicatrices, de rhumatismes articulaires, de névralgies séniles plus ou moins anomales ou indéfinissables, et auxquelles on ne sait rien autre opposer que le repos au lit, une bonne chaleur artificielle et quelques linitions dites calmantes. On se servait autrefois de liniments huileux diversement préparés. On a remarqué cependant avec raison que ces préparations salissaient le linge et la peau, et empêchaient la transpiration. En bouchant d'ailleurs mécaniquement les pores, ces corps étaient peu absorbables. Aussi, M. Pasquier leur a-t-il substitué un liniment savonneux, composé de savon blanc dissout dans s. q. d'alcool faible, auquel on ajoute au besoin 15 gr. de laudanum par 125 grammes de solution. On se sert chez les uns de l'alcoolat savonneux simple, chez les autres de l'alcoolat laudanisé. Il faut voir avec quel soin acharné ces hommes historiques, véritables torses d'études pittoresques, frottent leurs cicatrices ou leurs moignons avec ces liniments qui moussent en partie sous leur paume, comme leurs fusils ou leurs sabres à la veille d'une grande revue. Soit que l'action stimulante de l'alcool ou du laudanum est réellement nécessaire à leurs tissus presque momifiés, soit que l'alcool frotté détermine par son évaporation une réfrigération indirecte dans les parties douloureuses, toujours est-il que ces patients se trouvent mieux de ces solutions que des liniments huileux, et leur peau ainsi que leurs linges restent parfaitement propres. Sans offrir rien de neuf, ces composés nous ont paru utiles à rappeler.

Hôpital de la Charité (M. Gerdy).

Double abcès sous-muqueux dans la cloison du nez. *Cas rare.* Timothé, Chéradame, 19 ans, garçon marchand de vin, est entré à la Charité le 5 décembre 1844. Il porte dans les deux narines, du côté de la cloison, une tuméfaction qu'on pouvait prendre, au prime abord, pour un polype double des fosses nasales. La tumeur est arrondie, molle, fluctuante, non pédiculée, rouge et douloureuse au toucher. En pressant alternativement sur ces deux tumeurs, on peut s'assurer qu'elles contiennent du liquide et que ce liquide passe d'une tumeur dans l'autre à travers la cloison. Cette tumeur, qui est assez volumineuse pour empêcher complétement le passage de l'air à travers les fosses nasales, fait peu souffrir le malade; il n'éprouve point d'ailleurs de symptômes généraux. Le malade dit n'avoir jamais eu de maladie vénérienne, si l'on en excepte une blennorrhagie, guérie il y a quatre mois, et il n'avait jamais eu mal aux narines. D'après son dire, le début de la maladie actuelle ne remonte qu'à une quinzaine de jours, et elle se serait déclarée à la suite d'une chute dans laquelle le nez avait porté. Bientôt il éprouva de la rougeur, de la chaleur, de la tuméfaction dans cet organe; de la tension et des élancements s'y joignirent, puis enfin des frissons et une grande gêne pour respirer. C'est dans cet état que le malade est entré à l'hôpital.

Le 6, M. Gerdy a fait sur chacune des tumeurs une petite incision, par laquelle il s'est écoulé une cueillerée à café de sérosité purulente. Après la sortie de ce liquide, M. Gerdy a introduit un stylet dans une des ouvertures qu'il venait de pratiquer, et ce stylet a pu passer dans l'autre narine à travers la cloison. Cette cloison était donc perforée par le travail morbide précédent. Le lendemain, le gonflement de la muqueuse était reproduit: M. Gerdy a passé une petite mèche à travers la cloison en guise de séton, et dont il a laissé tomber les chefs sur la lèvre. Ce séton a pour double but de provoquer le bourgeonnnement dans l'ouverture, et de favoriser en même temps le dégorgement de la muqueuse. Aujourd'hui, 19 décembre, le malade est assez bien, il porte toujours son petit séton, l'engorgement de la muqueuse a diminué, la respiration est assez libre, mais la guérison n'est pas encore complète.

— On a parlé, dans plusieurs ouvrages, des maladies de la membrane de Shnéid r; mais nous avons en vain cherché dans les livres la description des abcès des fosses nasales, en particulier de la muqueuse de la cloison. Aussi, n'est-ce pas sans un intérêt réel que nous avons suivi le fait ci-dessus. Une première circonstance qui le rend remarquable, c'est déjà l'existence d'un abcès double de chaque côté de la cloison, et communiquant par une perforation du septum. Cette circonstance, rapprochée de la cause de la maladie, fait naturellement présumer que la contusion pendant la chute avait intéressé principalement le tissu cellulaire qui joint la muqueuse au bord antérieur des os du nez. L'abcès a pu, en effet, s'organiser sur ce point, et le pus afflué de part et d'autre de la cloison sous la muqueuse des deux narines. Dès lors, une double tumeur s'est formée, et la cloison s'est trouvée décollée des os, sans être pour cela érosée, comme cela a lieu dans les affections rongeantes de cette région. La persistance cependant du boursouflement de la muqueuse, malgré l'évacuation du pus, fait penser que le tissu cellulaire sous-jacent est encore phlogosé, gonflé. Est-ce là une persistance propre à ces parties, ou bien dépend-elle de l'intervention de quelque cause générale, syphilitique, scrofuleuse ou autre? On trouve dans B yer la remarque suivante : « La tuméfaction de la membrane pituitaire est assez souvent le résultat d'une affection vénérien-

ne, scrofuleuse ou dartreuse. D'autres fois, elle est déterminée par un long séjour dans des lieux bas et humides » (t. 6, p. 135). Nous devons rappeler qu'en sa qualité de garçon marchand de vin, le patient en question passait ses journées à travailler dans des caves; cela explique peut-être en partie le développement et la persistance de la maladie. Il est probable, au reste, que la guérison aura lieu chez lui sans d'autres secours que ceux qu'on a mis en usage; mais on comprend que des topiques divers, tels que des solutions et des pommades de nitrate d'argent, d'eau de chaux, de sels mercuriels ou de zinc, etc., pourraient être au besoin invoqués, sans parler d'ailleurs de l'excision de la muqueuse elle-même.

Grossesse. Métrorrhagie. *Bons effets des fomentations de vinaigre pur.* — Une jeune femme blonde, robuste, déjà mère de plusieurs enfants, était enceinte de quatre mois, lorsque tout à coup, à la suite d'une colère, elle a été prise de métrorrhagie. Elle n'avait jamais rien éprouvé de pareil dans les autres grossesses. Le sang a coulé abondamment d'abord, puis lentement, mais d'une manière continue pendant quinze jours. A cette époque, l'écoulement s'est arrêté en grande partie; mais au bout de quelques jours il avait reparu comme auparavant, et depuis trois ou quatre jours il était devenu plus abondant encore, et s'accompagnait de douleurs utérines expulsives. C'est dans cet état, un mois après le début de l'accident, que la femme a été reçue à l'hôpital; elle était presque épuisée, le sang coulait toujours et elle était menacée d'avortement. M. Gerdy l'a touchée, a trouvé le col très haut, très mou, dilatable, mais non dilaté; il a fait placer la femme dans le repos horizontal, appliquer continuellement sur l'hypogastre et sur le haut des cuisses des compresses en plusieurs doubles trempées dans du vinaigre pur, et prescrit une potion diacodée dans le but de provoquer le sommeil et d'assurer ainsi l'inaction de la matrice. Ces mesures ont agi heureusement; le lendemain, la perte et les contractions utérines étaient arrêtées. Les suites ont été heureuses, et il est probable que la grossesse pourra, chez cette femme, être portée à bonne fin. Le point important à signaler dans cette médication, c'est l'heureux effet du vinaigre combiné au repos horizontal. Il est facile de comprendre que, dans ces occurrences, l'acide végétal agit moins par la prétendue révulsion, puisqu'il n'a pas enflammé la peau, que par son absorption, par son effet dynamique hyposthénisant sur l'état congestif ou sub-inflammatoire de l'utérus. Cette pratique n'est certainement pas neuve, mais elle n'a pas été convenablement appréciée, puisque les auteurs n'y ont vu que la seule action mécanique, la prétendue révulsion, ou l'effet réputé astringent. On lit dans l'ouvrage de MM. Mérat et Délens, à l'article Acides : — « M. Pasteur rapporte dans sa thèse (Paris 1808), une observation de perte utérine, après l'accouchement, arrêtée par l'acide citrique. C'est d'après cet exemple, que M. Évrat a proposé, il y a peu d'années, dans la même circonstance, d'introduire dans l'utérus même un citron, et d'arroser de son suc l'intérieur de cet organe. » Nous ne voulons pas, pour le moment, nous étendre davantage sur cet objet; mais nous devons faire remarquer que, d'après les nouvelles idées de l'Ecole dynamique, le seigle ergoté est tout aussi indiqué dans ces cas, à titre d'hyposthénisant, que les acides, et, loin de provoquer l'avortement, il s'y oppose si l'on sait se borner dans une administration convenable. Cela doit étonner sans doute les personnes qui regardent le seigle comme un excitant utérin.

Hôtel-Dieu (M. Blandin).

Perforation de la voute palatine. Fer incandescent. — Un homme âgé d'une quarantaine d'années, portait une perforation à la voûte osseuse du palais, assez large pour admettre le bout du doigt indicateur. La forme en était ronde et ses bords paraissaient déjà couverts par la muqueuse, ce qui dénotait un arrêt dans la marche érosive de la maladie. Le commémoratif n'a rien appris de positif; on a su seulement que le patient avait eu il y a quelques années une blénorrhagie. Aucun signe de syphilis n'existait d'ailleurs, et la santé générale était parfaite. M. Blandin a porté un bouton de feu sur les bords de la brèche osseuse. Pour cela, il a fait fixer la tête du malade comme pour l'opération de la cataracte, a placé une compresse humide en plusieurs doubles sur la langue et il a ensuite agi rapidement avec nu fer chauffé à blanc. L'opération a été répété huit jours après, puis on a agi deux fois encore avec la pierre. Un bourgeonnement extrêmement abondant s'est déclaré, et l'ouverture osseuse s'est bouchée dans l'espace de quinze jours à trois semaines.

— Ce résultat a paru digne d'intérêt et plaide en faveur du fer incandescent en pareils cas. La prompte oblitération de l'ouverture accidentelle fait penser que le remède n'a agi autrement que comme un excitateur d'un bourgeonnement salutaire. Il est probable, par conséquent, que c'est sur la membrane muqueuse et sur le tissu cellulaire sous-jacent que porte dans ces cas l'action du calorique. On comprend suffisamment cette espèce de travail en se rappelant que deux muqueuses rebordent ces ouvertures, la palatine et la nasale. M. Diffenbach a démontré tous les avantages de cette pratique dans les perforations du palais et du voile palatin; on ne l'a pas cependant assez généralement goûté jusqu'à ce jour. Peut-être que ce fait y appellera désormais l'attention. Quant à la nature de l'affection, nous avons à peine besoin de faire remarquer qu'elle n'était probablement pas syphilitique; nous avons observé un cas pareil il y a quelques années en ville, sur une jeune demoiselle à l'abri de tout soupçon de vérole, et l'on pourrait citer aussi d'autres cas pareils. Ne voyons-nous pas tous les jours la nécrose se déclarer ailleurs sans cause appréciable, ou sous la seule influence de tubercules, d'une phlogose suppurante, etc.? Il importe d'insister sur ces détails, un fâcheux préjugé ayant prévalu contre les malheureux atteints de perforation palatine et qu'on veut à tout prix caractériser de vérolés.

Cancer au voile du palais. Ligature. Guérison. — Un homme de cinquante ans, paysan, est entré à l'Hôtel-Dieu pour une tumeur cancéreuse ulcérée au voile du palais. Cette tumeur offrait le volume d'un œuf, envahissait la presque totalité du voile palatin et descendait jusqu'à la base de la langue; sa forme était grisâtre, pultacée, extrêmement fétide, et elle s'accompagnait d'une salivation abondante, et d'une sorte de cachexie générale qui faisait présumer l'existence d'une diathèse en progrès. Un doigt passé par la bouche a donné la certitude que les amygdales et le pharynx étaient sains et que le mal était borné au voile du palais. Le mal paraissait désespéré et M. Blandin ne s'est décidé à l'opérer que comme tel, sans se promettre un résultat certain; il l'a donc cerné dans une ligature comme un polype, et étranglé à la base à l'aide d'un serre-nœud. La tumeur est tombée dans l'œsophage et le patient l'a avalée à son insu. Un petit reste a obligé d'en venir à une seconde ligature. Aujourd'hui, six semaines environ après l'opération, le malade se trouve parfaitement guéri; il n'a éprouvé aucune incommodité de l'ingestion de la tumeur, et, chose remarquable, l'état général de cet homme a considérablement gagné depuis, il a pris un bon teint et un certain embonpoint, ce qui fait présumer que son état cachectique antérieur tenait moins à la diathèse présumée qu'au dérangement que la présence de la tumeur occasionnait aux voix digestives. Le voile restant du palais offrait d'abord une échancrure en demi lune inférieurement après l'opération; cette échancrure s'est par la suite rétrécie de plus en plus par le rapprochement des bords, elle s'est enfin convertie en un A et son angle supérieur s'oblitère progressivement; de sorte qu'il s'y est opéré une sorte de réparation spontanée qui permet à la déglutition et à la voix de s'exécuter parfaitement.

— On peut ranger au nombre des cas rares et heureux cette belle observation. Nous ne sachons même pas si une pareille opération ait jamais été faite auparavant, dans de pareilles circonstances. Le cas paraissait désespéré, et il est, certes, plus d'un chirurgien d'un mérite éprouvé qui aurait reculé devant une pareille entreprise. Le résultat cependant prouve qu'il ne faut pas s'en laisser imposer par l'apparence diathésique, par la raison que cet état ne dépend pas toujours d'une intoxication cancereuse. D'un autre côté, on voit par ces mêmes résultats, qu'il ne faut pas s'inquiéter des suites de l'excision d'une grande partie du voile du palais, puisque la nature se suffit à elle-même. Les maladies du voile du palais offrent sans doute un grand intérêt; elles ne se rencontrent cependant pas assez souvent pour être bien connues et étudiées; aussi attachera-t-on de l'importance aux détails qui précèdent.

Hôpital Saint-Louis (M. Jobert).

Ramollissement hémorrhagique du col utérin, avec grossesse. *Cautère actuel. Guérison sans avortement.* — Il y a quelque temps, nous avons parlé (nov. page 304) d'une jeune femme atteinte d'un ramollissement pultacé du col utérin et de métrorrhagies répétées que M. Jobert traitait à Saint-Louis à l'aide de la cautérisation avec le fer rouge. Deux ou trois cautérisations, à huit jours de distance chaque, ont suffi pour amener le dégorgement et la résolution de la partie, avec la cessation des hémorrhagies et des fleurs blanches. Nous devons faire remarquer que les cautérisations au nitrate acide de mercure avaient été essayées sans résultat avantageux. Aujourd'hui, 17 décembre, ayant été examinée de nouveau au speculum, elle a été trouvée parfaitement guérie; mais on s'est aperçu que son hypogastre bombait passablement. Ce dernier phénomène, joint à l'absence des règles, à certains malaises, dont la jeune patiente se plaignait, et le cachet particulier des traits de sa figure, ont fait songer à une grossesse. L'oreille appliquée sur la proéminence a fait, en effet, reconnaître le bruit placentaire, ce qui n'a pas laissé de doute sur la chose. On estime cette grossesse à quatre mois environ; la patiente, cependant, paraît ignorer jusqu'à présent le fruit qu'elle porte dans son sein. Il est remarquable que le fer incandescent appliqué à plusieurs reprises chez cette femme, a arrêté, dissipé, une maladie grave, sans nuire aucunement à la marche de la grossesse. M. Jobert a déjà appliqué plusieurs fois le même moyen sur des femmes enceintes menacées d'avortement, par suite d'affections du col, et chez toutes non seulement la maladie a été améliorée ou guérie, mais encore l'avortement a été conjuré, et la grossesse ramenée par cela même à bon terme. M. Jobert ne doute point que la malade dont il s'agit n'eût avorté tôt ou tard si son affection hémorrhagique n'eût été heureusement combattue. Ainsi, il est désormais acquis à la pratique que la grossesse n'est pas une contr'indication à l'application du fer incandescent sur le museau de tanche, cette action ne s'étendant pas facheusement, à ce qu'il paraît, sur le fœtus lui-même. On comprend, au reste, que la présence des eaux amniotiques le préserve des irradiations du calorique.

Hygroma volumineux au genou. *Guérison à l'aide de fomentations résolutives.* — Un homme âgé d'une quarantaine d'années, couvreur, a été reçu à St-Louis pour une fracture diaphysaire à la cuisse du côté gauche; il portait en même temps, au devant du genou du même côté, un kyste synovial du volume d'une très grosse orange. Cette tumeur était très mollasse, fluctuante, indolore à la pression et sans changement de couleur à la peau, ainsi que le sont ordinairement les kystes appelés hygroma, et qu'on rencontre si souvent à la région rotulienne chez les ouvriers qui travaillent à genoux, tels que les parqueteurs, les couvreurs, etc. Après que la fracture a paru consolidée, M. Jobert s'est occupé de la tumeur; il l'a fait fomenter d'une manière continue à l'aide de compresses trempées dans une solution sursaturée de sel ammoniac, ainsi qu'il a l'habitude de le faire dans ces sortes de tumeurs, presque toujours avec succès. Il a donc prescrit 250 grammes (demi-livre) d'hydrochlorate d'ammoniaque dans 500 grammes (une livre) d'eau distillée; on agite la bouteille chaque fois qu'on renouvelle la fomentation, ce qui veut dire que tout le sel n'est pas dissous dans cette quantité de liquide. Au bout de quelques jours, la tumeur avait déjà diminué des deux tiers et ce qui restait de la masse morbide semblait mollasse comme s'il était formé par des caillots sanguins. Cette diminution est progressive et tout annonce une guérison prochaine par simple résorption. Nous n'aurions pas donné ce

fait comme un exemple de guérison sans opération, puisque la guérison n'est pas encore complète, si M. Jobert ne nous avait pas fait part des résultats heureux qu'il avait déjà obtenus de cette pratique dans des cas analogues.

—Les tumeurs préarticulaires, formées par l'hydropisie d'une bourse synoviale, ne résultent pas toujours d'une collection de synovie ; elles sont assez souvent formées par une collection de sang ; tel était le cas que M. Robert a ponctionné en notre présence, il y a quelque temps, à l'hôpital Beaujon, et dont nous avons rapporté les détails ; tel était aussi probablement celui de M. Jobert dont nous venons de parler. On comprend que le kyste se trouve dans ce cas, dans les conditions d'un anévrisme dont on a lié l'artère avec succès; son contenu disparaît par résorption, dès que l'on a mis ses parois dans des conditions dynamiques convenables pour cela. Les fomentations dont nous venons de parler n'offrent assurément rien de neuf, puisque les auteurs les avaient recommandées, mais la dose de sel ammoniac qu'emploie M. Jobert est beaucoup plus forte que celle qu'on trouve indiquée dans les livres, et c'est sans doute à cela qu'on doit attribuer les excellents résultats qu'il a obtenus. Il est probable, au reste, que la guérison par résorption s'effectue plus facilement quand l'hygroma est hématique que lorsqu'il est synovial. On voit en ce moment dans quelques hôpitaux des hygroma prérotuliens, traités par l'ouverture cruciale de la poche à l'aide du bistouri ; il en est résulté une plaie suppurante assez sérieuse, dont la guérison exige un temps assez long. Dans l'état actuel de l'art, on peut, dans le traitement de ces tumeurs, placer en première ligne le topique résolutif dont nous venons de parler, puis après, les injections iodées et la section sous-cutanée du kyste. Par ce dernier procédé, on hache la poche morbide et l'on répand le liquide sur une grande surface, ce qui procure sa prompte disparition en même temps que le kyste s'oblitère. Nous avons vu plus d'une fois les bourses synoviales, en particulier la sous-rotulienne, suppurer et devenir le siége d'un abcès.

Arrachement des muscles extenseurs de la main et des doigts. — Un jeune homme, cardeur de profession, a eu, il y a deux mois, la face dorsale de l'avant-gauche, vers le milieu de ce membre, saisi par les dents d'un card puissant mu par une mécanique. Les chairs ont été arrachées dans une étendue presque carrée, de six travers de doigts; la plaie s'étendait en profondeur jusqu'au niveau des os. Transporté à Saint-Louis, il a été pansé : la brèche a nécessairement suppuré, le rapprochement de ses bords ayant été impossible; les muscles mutilés se sont trouvés ainsi cicatrisés séparément; aujourd'hui, la guérison est achevée. La main est droite comme une palette, mais un peu pendante vers la flexion ; l'extension est entièrement abolie; les doigts peuvent exercer de petits mouvements de flexion et de latéralité, mais leur extension est extrêmement bornée. A l'endroit de la plaie on trouve une cicatrice plate, profonde, adhérente aux os de l'avant-bras, de l'étendue de huit ou neuf centimètres carrés (trois pouces); les bords de cette cicatrice sont formés par des masses charnues, résultant des muscles divisés et raccourcis. Evidemment ces muscles sont devenus digastriques; mais malheureusement leur action ne peut s'exercer qu'à peine, la cicatrice intermédiaire, profonde et adhérente, ne pouvant pas transmettre leur contraction. Il est probable néanmoins que, devenant plus puissante avec le temps, la moitié inférieure des muscles extenseurs trouvera dans la cicatrice elle-même un point d'appui suffisant pour ses contractions, et les mouvements des doigts et de la main pourront, jusqu'à un certain point se rétablir.

— Les questions que cette observation soulève se sont déjà présentées plusieurs fois à l'examen des cliniciens. A part les discussions médico-légales qui se rattachent aux accidents qui compliquent souvent les plaies par arrachement, on peut se demander si dans l'état actuel des connaissances, l'art possède des moyens pour prévenir l'impuissance du membre dans les cas de ce genre, ou pour la combattre lorsqu'elle est survenue. Lorsque la division musculaire n'est pas accompagnée d'une grande perte de substance, comme dans le cas ci-dessus, il n'est plus douteux aujourd'hui que les parties peuvent être réintégrées dans leurs fonctions, à l'aide d'une suture qui tient rapprochés les muscles divisés ; mais quand la suppuration est inévitable, quand le tissu inodulaire intermédiaire acquiert de l'étendue et des adhérences profondes, on comprend que rien ne peut empêcher l'événement en question. M. Roux, néanmoins, a été assez heureux dans un cas de ce genre de disséquer la matrice et de réunir avec succès les parties musculaires; cela suppose, comme on le conçoit, un intervalle peu étendu entre les tissus, et par conséquent, la possibilité de réunir immédiatement les parties disséquées; or, c'est précisément une pareille condition qui manquait dans le cas dont nous venons de rapporter les détails.

Ponction de l'utérus a travers la vessie. — Une femme âgée de 26 ans, mère de six enfans, accoucha pour la dernière fois, il y a quinze mois. Le travail fut très laborieux, dura trois jours, et fut suivi de la perforation de la paroi inférieure de la vessie. Les urines se sont donc depuis extravasées dans le vagin. La santé générale, cependant, s'était bien rétablie jusqu'à ces dernier temps, lorsqu'il y a quatre ou cinq mois, elle a commencé à éprouver des douleurs vers l'hypogastre et les aînes. Ces douleurs se sont reproduites de temps en temps, trois, quatre fois dans le courant de chaque mois; en attendant, son ventre a commencé à se gonfler vers la région utérine. Les règles n'avaient pas reparu depuis l'accouchement. La femme s'est fait recevoir à Saint-Louis, il y a deux mois environ. A l'examen, M. Jobert a constaté la fistule vésico-vaginale ; il a trouvé en outre que le col utérin était bouché, qu'un liquide fluctuant existait dans la matrice et que cet organe, développé comme dans une grossesse de trois à quatre mois, était douloureux au toucher. Ce développement est allé en augmentant, et les douleurs surtout étaient dernièrement devenues insupportables. Rapportant naturellement ces phénomènes à la collection croissante du sang menstruel, M. Jobert s'est hâté de ponctionner l'utérus, en enfonçant un troisquarts à travers la vessie urinaire, déjà ébréchée inférieurement. L'instrument a donc perforé la paroi postérieure de la vessie avant d'atteindre l'utérus. Du sang décomposé s'est écoulé en abondandance par la canule. La canule a été laissée en place pendant 24 heures. Au bout de ce temps, elle a été retirée, le sang ayant cessé de couler. Cinq à six

jours plus tard, la femme se plaignait de nouvelles douleurs à l'utérus; M. Jobert croit y sentir une nouvelle fluctuation; il a donc prescrit des bains de siége adoucissants, et il se propose de déboucher l'ouverture à l'aide d'une sonde ou de répéter au besoin la ponction. Nous donnerons la fin de cette intéressante observation.

— La première circonstance remarquable dans ce fait, c'est l'oblitération du col utérin par suite de l'accouchement laborieux. Cela suppose, comme on le voit l'existence d'une métrite adhésive dans le col. D'un autre côté, l'état très liquide et décomposé du sang évacué par la ponction, rappelle la présence d'une secrétion séreuse, ce qui nous ramène à la présomption d'une hydrométrie combinée au sang des règles. Quant au mode opératoire, il est tout à fait sans précédent. M. Jobert y a été conduit par l'état singulier des parties; la vessie, en effet, n'était qu'une demi-gouttière renversée, adhérant en arrière à l'utérus et permettant de sentir mieux qu'ailleurs la fluctuation du liquide utérin. Il lui a donc paru simple et commode de faire suivre cette voie là à l'instrument. Il eût été peut être à désirer que l'opérateur eût remplacé de suite la sonde métallique par une autre de gomme élastique, jusqu'à ce que la secrétion morbide de l'utérus eût été dissipée. On comprend, néanmoins, que cette ouverture ne pouvait rester consécutivement permanente pour donner issue au nouveau retour du sang menstruel. Par conséquent, jusqu'à ce que l'époque de la cessation complète des règles soit venue, on sera peut-être obligé de répéter de temps en temps chez cette femme la paracentèse utérine dont nous venons de parler.

Hôtel-Dieu (M. Roux).

Fracture directe de la clavicule sans déplacement. *Nouvelle méthode de traitement.* (Rédaction de M. le docteur Guepratte.) — « Le chevauchement est un des signes les plus constants de la fracture de la clavicule, car ainsi que le répète J.-L. Petit, il n'y a point de fracture qui soit plus sujette au déplacement; il peut pourtant faire complétement défaut; l'observation suivante en est une preuve.— Nous l'offrons avec d'autant plus de plaisir qu'elle renferme une particularité dans laquelle les auteurs sont restés à peu près muets jusqu'à présent.

« Le 26 octobre 1844, est entrée à l'Hôtel-Dieu, salle St.-Marthe, 26, le nommé Minard, Nicolas, journalier, d'une constitution forte, athlétique, et âgé de 22 ans. La veille, en chargeant des bûches sur l'épaule droite, il en a laissé tomber une de trop haut et trop brusquement; soudainement il a entendu un craquement; la force lui a manqué; il s'est trouvé contraint de s'incliner incontinent et d'abandonner sa charge. Un peu plus tard il a voulu reprendre ses travaux; impossible. Le bras a conservé ses mouvements normaux, il se porte dans tous les sens; la main sans nulle difficulté atteint le sommet de la tête, voire même la nuque. Vers le milieu de sa longueur la clavicule a un développement insolite, considérable, qui se constate à distance; elle présente un gonflement ovalaire, uniforme, dont le plus grand diamètre horizontal a de 6 à 7 centimètres, gonflement dur, résistant, sans inégalités à sa surface et sans le moindre jeu; de prime-abord on dirait une exostose. On n'aperçoit ni chevauchement ni crépitation, seulement lorsqu'avec deux doigts, le pouce et l'index, on saisit l'os à la partie moyenne de ce renflement et qu'on fait effort pour le porter en haut et en bas, on sent, à n'en pas douter, une mobilité, une rupture. — Voici comment nous nous rendons compte de cette lésion et de ses caractères : l'os s'est fracturé en rave, perpendiculairement à son axe, le périoste a résisté, mais en se décollant largement à droite et à gauche, de manière à constituer une sorte de sac, de manchon, que des fluides albumineux et sanguins sont venus remplir et distendre. — Le professeur Roux a fixé l'attention de son auditoire sur ce cas peu commun et par cela même intéressant. Il a ajouté que par une singularité que le hasard seul explique, quatre mois auparavant, dans cette même salle et dans un lit voisin il avait rencontré déjà un fait parfaitement identique.

— « Depuis le commencement d'octobre, la fracture de la clavicule n'est pas chose rare dans les services de chirurgie, et sur une quinzaine d'observations que nous pourrions citer, celle-ci est la seule sans déplacement, la seule avec intégrité du périoste et les traits spéciaux que nous venons d'indiquer. Nous voudrions que le contraire eût lieu : Il serait moins difficile d'arriver à cet e consolidation régulière que nous desirons toujours et que nous obtenons si rarement; c'est-à-dire que sans bandage, ou avec la moindre écharpe, on aurait une guérison parfaite. — Il n'en est malheureusement pas ainsi; le fragment interne fait saillie sous la peau, parce que l'externe déprimé par le poids du bras est rapproché du sternum par les pectoraux. — La réduction est habituellement aisée, le maintien de la captation parfois aussi simple présente, au contraire, en mainte occasion des difficultés réelles. Ce sont ces circonstances variables qui ont conduit certains auteurs à écrire qu'on peut sans inconvénient ou même avec avantage renoncer à tout moyen contentif, se contenter de la position, d'une écharpe, et d'autres à professer une doctrine opposée, que tous les appareils sont insuffisants. — Eh bien! à notre avis, les uns et les autres sont dans le vrai, seulement les uns et les autres sont trop exclusifs. Nous rangeons en trois catégories les fractures de la clavicule : 1° les fractures verticales de l'os; 1° fractures obliques de haut en bas et de dedans en dehors; 3° les fractures obliques de haut en bas et de dehors en dedans; les uns et les autres avec ou sans engrenage, considération importante et dont on aurait tort de ne point tenir compte. Les surfaces des fragments sont-elles nettes, égales, sans rugosités? Le déplacement est inévitable. — Il peut en être autrement si elles offrent des pointes, des anfractuosités susceptibles de s'engrener, si à ces conditions s'ajoute une intégrité de l'enveloppe fibreuse, surtout lorsqu'il n'y a pas d'obliquité antero-interne. Voilà la disposition qui s'est rencontré chez Minard, Nicolas. — Quand les fragments sont sans aspérités prononcées, la réduction est prompte; elle est plus longue mais plus sûre, plus durable, s'il y a coaptation possible; et dans cette hypothèse les deux premières variétés guérissent à la faveur de la position seule, d'une écharpe; la troi-

sième est celle dont le pronostic est le moins rassurant, toutes choses égales d'ailleurs, parce qu'ici le fragment externe qui tend si puissamment à se porter en bas et en dedans n'est aucunement retenu par l'interne, et rien n'est capable de promettre une consolidation sans difformité. Un malade de la salle Sainte-Marthe, en fournissant dernièrement un exemple remarquable. Le professeur Roux, qui aime ses maîtres et ce que leur pratique renferme de bon à ses yeux, reste fidèle aux principes de Boyer, il applique chez ce malade cet appareil avec amour, avec cette élégance qu'on ne lui conteste jamais; la consolidation est irrégulière, deux points soulèvent la peau : en haut celle du fragment interne, en bas celle du fragment externe.

«La fracture de la clavicule est une de ces afflections sur lesquelles la science, malgré ses efforts, est loin d'avoir dit le dernier mot, et aujourd'hui encore comme du temps de Brasdor : « Il n'est point (de fracture) pour le traitement de laquelle les ressources de l'art soient plus défectueuses. » Nous croyons la dextrine susceptible de rendre des services; elle prévient le relâchement, cause de tant de déceptions. — La clavicule est un arc-boutant destiné à écarter l'épaule du sternum. La nature lui a donné une longueur indispensable, tout racourcissement est un défaut, un vice; il gêne les mouvements du bras et peut en réduire l'étendue, les usages; outre qu'un cal difforme chagrine le blessé, contrarie le praticien.—Sans nous flatter certainement d'avoir résolu définitivement la question, nous voulons faire connaître nos idées sur ce point.—Notre appareil exige deux coussins épais, analogues à celui de Desault, deux sachets de balle d'avoine longs de six travers de doigt, deux bandes de 12 mètres, l'une sèche, l'autre dextrinée, et une écharpe. Les coussins, le talon en haut, sont maintenus dans le creux de l'aisselle à droite et à gauche par des lacs noués à l'opposite sur le cou; les bras tombant verticalement sont rapprochés du tronc de manière que les coudes serrent les flancs; les sachets au devant du moignon de l'épaule à partir de l'acromion sont destinés à le refouler légèrement en arrière, et à cet effet un bandage circulaire partant de la fourchette du sternum embrasse le thorax et les membres jusqu'au pli humoro-cubital, et pour prévenir tout relâchement on double ce premier bandage d'un second bandage, dextriné allant de bas en haut; une écharpe enfin enveloppe les mains et les avant-bras au niveau de l'épigastre.— Nous n'avons pas encore été à même de multiplier nos essais. — Nous le soumettons donc à nos lecteurs en attendant que les circonstances nous permettent de l'employer, de mettre sous vos yeux nos résultats. — Il est sans doute, assez gênant, pour le patient, puisqu'il le prive 16 à 18 jours des organes de préhension; mais que serait cette gêne si par elle, dans la pluralité des cas, on avait une consolidation sans chevauchement, sans difformité.

» Nous serions très heureux si c'était le seul reproche que méritât cet appareil. — P. S. L'idée d'employer ces deux coussins n'est pas neuve, elle appartient à A. Cooper. Nous n'offrons comme de nous ici que la disposition de l'appareil essentiellement différente de celle que lui donnait le célèbre chirurgien de Londres. » ALPH. GUÉPRATTE, D. M.

Hôpital de la Charité (M. VELPEAU).

PHLEGMON TESTICULAIRE CRITIQUE. — Un homme, âgé d'une quarantaine d'années, avait été soigné, dans un des services de médecine de la Charité, d'une fièvre typhoïde grave. Il était rentré chez lui achever sa convalescence, lorsque, vers le douzième jour de sa sortie, il s'est aperçu que son testicule gauche était gonflé; il y a mis des cataplasmes, et trois jours après il s'est fait recevoir dans le service de M. Velpeau. A l'examen, ce chirurgien a trouvé une épididymite très prononcée, avec gonflement considérable du cordon testiculaire et douleur vive se prolongeant jusque dans la fosse iliaque. Il a prescrit une application de sangsues dans l'aîne et des cataplasmes; le mal a continué à marcher et a envahi le testicule lui-même : cet organe est devenu gros comme le poing, mais peu douloureux; pas de liquide dans la vaginale; l'épididyme cependant et le cordon conservent une sensibilité exquise. M. Velpeau n'a cru voir d'abord qu'une orchite blennorrhagique; cependant il a été constaté que l'urètre était saine et qu'aucun écoulement n'avait existé préalablement par ce canal. Frictions de pommade mercurielle, cataplasmes. Au bout de quelques jours, un abcès s'est formé dans la substance même du testicule. On l'a ouvert; il a pendant deux semaines environ rendu un pus jaunâtre, épais, mêlé probablement de sperme; puis l'ouverture s'est fermée et le testicule a paru adhérer de toute part à la partie supérieure des bourses et réduit aux deux tiers de son volume naturel; son parenchyme s'est d'ailleurs coagulé, épaissi, ce qui pourrait entraîner son absorption et l'atrophie complète. M. Velpeau regarde aujourd'hui ce fait comme un exemple d'orchite critique de fièvre typhoïde.

— Comme exemple de phlegmon suppurant du testicule, ce fait offre déjà des enseignements intéressants. Ainsi, le mal a débuté par l'épididyme ou le cordon, il a marché de haut en bas comme les orchites blennorrhagiques, et le testicule s'est gonflé promptement, a suppuré sans douleur bien prononcée ni fièvre. Les prétendus symptômes d'étranglement, par la résistance de l'albuginée, ont donc manqué dans ce cas, et pourtant le phlegmon était aussi intense que possible, puisqu'il a suppuré en peu de jours! Considéré ensuite comme exemple critique de fièvre grave, ce fait soulève plusieurs questions de pathologie générale qu'il serait déplacé de traiter ici, mais dont on prévoit aisément toute la portée. On prévoit déjà qu'il s'agit d'une observation rare à plusieurs égards.

PIED-BOT COMPLIQUÉ DE TUMEUR BLANCHE. OPÉRATION. — Un homme, âgé de 40 ans passés, menuisier, éprouvait depuis trois ans une maladie suppurante à l'articulation tibio-tarsienne (tumeur blanche rhumatismale). Peu à peu il a senti les muscles se retracter et la pointe de son pied s'infléchir vers le sol, comme par une force irrésistible. Il s'est vu par là dans la nécessité de marcher sur la pointe du pied, en appuyant principalement sur la face plantaire du gros orteil, et il n'a pu depuis mettre par terre toute la face

inférieure du pied. Dans cet état de choses, il s'est fait recevoir à la Charité, il y a deux mois environ. Le pied-bot était constant, mais peu prononcé; la tumeur blanche n'offrait pas un caractère de gravité sérieuse; néanmoins une fistule suppurante existait à côté de la malléole interne et tous les tissus étaient empâtés, épaissis, enflammés, douloureux. Le repos et les topiques, prescrits en pareil cas, ont été employés sans un avantage réel. Enfin, M. Velpeau s'est décidé à combattre le pied-bot; il a donc coupé le tendon d'Achille et ramené ainsi le pied à sa rectitude normale. Aussitôt ce résultat obtenu, on a vu avec satisfaction la tumeur blanche s'amender spontanément d'une manière remarquable, par le seul fait de la section musculaire. Ce malade est aujourd'hui en voie de guérison.

— La circonstance nouvelle et digne d'attention dans ce fait, c'est l'influence heureuse de la ténotomie sur la phlogose suppurante voisine. On voit en cela une confirmation des observations du docteur Fabrizi sur les effets de la ténotomie comme moyen facilitant la cicatrisation dans toutes les plaies ou ulcères à grandes dimensions, situés sur les trajets musculeux, et qui offrent une grande ténacité à se cicatriser. La section musculaire paraît, dans ces occurrences, détendre les parties malades, leur enlever un élément d'irritation ou d'éréthisme, et permettre ainsi aisément au travail réparateur de s'accomplir. Nous avions déjà observé, il y a longtemps, des tumeurs blanches au genou et au coude s'améliorer notablement sous l'influence de la ténotomie que venait de pratiquer un orthopédiste honnête et digne de ce nom, le docteur Duval, dans le but de corriger la demi-ankylose qui accompagnait en même temps l'arthropathie; mais on était loin, jusqu'à la publication du travail de M. Fabrizi, de voir dans le résultat toute la portée de l'action de la ténotomie. A un autre point de vue, l'observation ci-dessus intéresse encore; nous voulons parler de la rétraction forcée des tissus albuginés préarticulaires, et qui est la cause de la difformité, etc.

Rétraction du troisième orteil. Opération. — Il est une affection très commune aux orteils, qu'on attribue, avec raison, à l'usage d'une chaussure étroite, et contre laquelle s'est exercé sans beaucoup de succès l'esprit de plusieurs chirurgiens; nous voulons parler de la rétraction de tel ou tel orteil dans le sens de la flexion forcée. L'orteil rétracté prend la forme d'un petit marteau; les deux dernières phalanges sont fléchies à angle droit sur la première, son bout unguéal touche le sol, tandis que l'angle de réunion de ces deux premières forme un coude saillant sur le niveau dorsal des autres orteils; de sorte que, dans la démarche et dans la station debout, l'orteil est exposé à une double pression douloureuse, de bas en haut par la pression du sol contre la pointe de l'orteil; et de haut en bas par la pression du soulier contre l'articulation de la première phalange avec la seconde. De là une source de douleurs, d'inflammations, d'épaississements qui forment le désespoir de ces patients. Rien n'est plus fréquent de rencontrer une suppuration dans l'articulation de la première phalange avec la seconde, et le bout de l'orteil hypertrophié, induré et comme éléphantiaque. Dans d'autres cas, on trouve une sorte de déformation dans les surfaces articulaires des phalanges, ce qui empêche le redressement de l'orteil. Au point de vue orthopédique, on peut reconnaître, dans ces cas, deux rétractions en sens opposé, savoir : la rétraction du fléchisseur qui entraîne la pointe de l'orteil vers le sol, et s'oppose à son redressement, et la rétraction de l'extenseur qui tient relevé le bout antérieur de la première phalange. Cette dernière circonstance donne souvent lieu à une déformation, sinon à une ankylose de l'articulation métatarso-phalangienne. Il est facile, au reste, de comprendre que, dans ces cas, la rétraction suit et ne précède pas la difformité.

Ces remarques nous ont été suggérées par l'examen d'un jeune homme qui se trouve actuellement à la Charité. Son orteil offrait toutes les conditions que nous venons de mentionner, hormis la suppuration articulaire; la saillie coudée sur la face dorsale était très prononcée, et la flexion des deux dernières phalanges également. L'action de la main ne ramenait pas les parties à la rectitude, ce qui supposait déjà une certaine altération dans les surfaces articulaires. M. Velpeau a voulu essayer d'abord la ténotomie plantaire; le résultat a été nul, la flexion ayant persisté malgré les pansements soignés qu'on a employés. Le jeune homme voulant absolument être débarrassé d'une difformité qui gênait toutes ses opérations corporelles, M. Velpeau a donc dû lui amputer l'orteil; il l'a amputé dans l'articulation métatarso-phalangienne. Les choses se sont passées simplement d'abord; mais bientôt un orage de phlébite et de fusées purulentes s'est déclaré sur la face dorsale du pied. Heureusement un traitement énergique a pu le conjurer; mais ce n'a pas été sans encourir de véritables dangers. Aujourd'hui, deux mois après l'opération, ce patient touche vers la fin de sa guérison.

—Les faits de cette espèce ne sont que très fréquents, et nous n'en eussions pas parlé sans la circonstance de la ténotomie qu'on avait tant vantée dans ces derniers temps. Il est évident que cette opération est tout à fait inutile dans ces cas, par la raison que la source ni l'entretien de la maladie ne sont pas, dans la rétraction de muscles aussi faibles que ceux-là. Nous devons rappeler, d'autre part, que les accidents qui suivent si souvent l'amputation métatarso-phalangienne, accidents que nous avons vu occasionner la mort entre les mains de Boyer et entre celles de Dupuytren, avaient déterminé ce dernier à n'amputer, dans ces rétractions, que le seul bout crochu de l'orteil, c'est-à-dire entre la première et la seconde phalange; il abaissait ensuite la première phalange à l'aide d'une compression convenable. Cette conduite a toujours été suivie de succès dans les dernières années de la pratique de Dupuytren; nous ne savons cependant si elle était applicable au cas de M. Velpeau, à cause de la saillie considérable de la première phalange, et de son état de demi-ankylose sur le métatarse.

Syphilis. — Les croûtes qui se forment sur les chancres primitifs, desséchées et conservées longtemps peuvent très bien s'inoculer, en les délayant dans de l'eau distillée. (Ric.)

Hôpital Beaujon (M. Robert).

Retraction musculaire. Ténotomie. — Deux cas remarquables de ténotomie se sont présentés dernièrement dans le service de M. Robert. Dans l'un, il s'agissait d'un petit jeune homme qui à la suite d'une grande fatigue au milieu de l'humidité à été saisi de fièvre et d'une douleur intense le long du côté externe de la jambe gauche. Cette douleur a persisté, et le pied s'est tourné petit à petit à l'état de valgus, ou de déviation analogue à celle qu'on observe dans certaines fractures du péroné. Il était facile de voir que l'un des muscles péroniérs, précisément le court péronier interne, était rétracté, douloureux et saillant. M. Robert a coupé le tendon de ce muscle sur le dos du pied, d'après la méthode sous cutanée. A l'instant, les parties se sont détendues, la douleur s'est dissipée et le pied a repris sa direction normale. Une bande dextrinée a servi à fixer le pied et la jambe dans cette direction. La guérison a été prompte et durable. — Dans l'autre, il s'est agi d'un homme âgé de 35 à 40 ans, qui avait essuyé une éruption bulleuse sur le mollet gauche, accompagnée d'une vive douleur. On lui avait appliqué un vésicatoire dans cette partie, dans le but de le soulager de sa douleur ; la souffrance, cependant a augmenté et les muscles se sont contractés spasmodiquement d'une manière permanente. Par suite de cet état douloureux, le patient n'a pu marcher depuis que sur la pointe du pied ; il en est résulté un piend-équin très prononcé. M. Robert a coupé le tendon d'Achille d'après la méthode sous-cutanée ; aussitôt les parties se sont relâchées, la douleur a disparu et le pied a été ramené à sa rectitude naturelle. Guérison durable. Ainsi, dans ces deux cas, la ténotomie a non seulement guéri la difformité, mais encore dissipé la douleur. Dans un troisième, la ténotomie a eu une heureuse influence sur la cicatrisation d'une vieille plaie difficile à oblitérer, ce qui confirme les résultats déjà énoncés par le docteur Fabrizi.

Boite calorifère pour la cicatrisation des plaies. — Nous avons parlé à plusieurs reprises de la boîte calorifère du docteur Guyot, destinée à favoriser la cicatrisation des plaies, en particulier de celles des moignons des amputations. Nous avons dit que cet appareil était quelquefois mis en usage aux Invalides et à Beaujon, et nous nous étions proposé de revenir sur ses effets à la première occasion. On se rappelle que nous en avons critiqué l'emploi. Nous venons de l'observer de nouveau, appliqué sur le moignon d'une cuisse amputée par M. Robert, chez un homme âgé qui avait eu une énorme brûlure à la jambe. Aujourd'hui, 25 déc.. au moment de la visite, cet homme qui était au troisième jour de l'opération, a éprouvé tout à coup une hémorrhagie par le moignon, puis une attaque épileptique, et il est mort subitement. Des hémorrhagies avaient également été observées chez d'autres par le moignon, sous l'influence du même appareil. Nous le demandons maintenant, ces faits ne sont-ils pas plus que suffisants pour proscrire complétement un moyen qui ne peut que produire du mal, par la raison que le calorique excite les tissus, les enflamme, donne lieu à une suppuration de mauvais caractère, accélère la circulation capillaire et occasione par là des hémorragies plus ou moins facheuses ? Ce que l'on doit toujours craindre dans les plaies des moignons, c'est un excés d'inflammation, et c'est aussi ce que le calorique excessif peut produire. Il est d'ailleurs complétement inexact de croire qu'à conditions égales les plaies guérissent mieux au midi qu'au nord.

Hôtel-Dieu de Brest.

Extirpation de l'utérus, *par M. Mollet, chirurgien en chef* .(Article communiqué.). — Mme P. du Longnet, âgée de 47 ans, d'une constitution grêle, ayant été trois fois mère, ressentit, pour la première fois en 1831, des douleurs sourdes à la matrice. Les chirurgiens qu'elle consulta crurent reconnaître chez elle l'existance d'un polype utérin commençant. Un bandage contensif, des bains émollients etc., lui furent prescrits. Cinq années s'écoulérent. Les règles disparurent peu à peu ; Mme P... jouissait d'une assez bonne santé. Vers la fin de 1843, des écoulements sanguinolents se manifestèrent à des intervalles rapprochées. Dans les commencements de 1844, ils survinrent plus fréquents et plus abondants. La constitution s'altéra, le t int pâlit, les forces diminuèrent, l'amaigrissement fit des progrès rapides ; la malade se décida à venir à Brest, où elle espérait trouver plus aisément les secours que nécessitait son état. Durant cinq mois, le docteur Miriel mit en usage tous les moyens indiqués en pareils cas pour arrêter des pertes, parfois considérables. La santé de Mme P.... semblait meilleure, lorsque le 26 octobre, elle éprouva soudainement la sensation d'un corps lourd sortant de l'abdomen par le vagin. Son médecin ordinaire, appelé en toute hâte, constata une tumeur grisâtre ; maculée de points noirs en suppuration, oblongue, pyriforme, à grosse extrémité inférieure, faisant saillie entre les cuisses. Cette tumeur longue de 13 *centimètres*, large de 7 *centimètres*, à sa partie inférieure compacte, dure, semblait néanmoins, sur quelques points de sa surface fluctuante au toucher. MM. les chirurgiens en chef, M. le chirurgien professeur de la marine, M. le chirurgien en chef de l'hospice civil, réunis, en consultation, avec le docteur Miriel, crurent *unanimement*, à un renversement complet de la matrice.

Que fallait-il faire ? la réduction était impossible, toute tentative n'aurait conduit qu'à des douleurs atroces et inutiles. Abandonner la maladie à la nature, opérer l'ablation, telles étaient les seules chances qui s'offraient à la patiente. Dans le 1er cas, on avait tout à craindre du contact prolongé de l'air, des vêtements, de l'urine, etc. Dans le 2e on risquait considérablement sans doute, mais des faits antérieurs attestaient la possibilité d'un succès. L'un des consultants, le docteur Mollet, n'hésita point ; il opina pour l'opération, et indiqua immédiatement le procédé applicable en pareille occurence. Mais son avis ne fut point adopté par la majorité. L'opération, du reste, ne pouvait avoir lieu sans le consentement de la malade, et on ne songeait pas à la solliciter encore. Le lendemain, la tumeur était plus volumineuse;

sa face inférieure et son fond étaient parsemés d'ulcérations, répandant un ichor sanieux et d'une odeur infecte. La partie supérieure du vagin entraînée de haut en bas débordait l'ouverture de la vulve. La malade perdait courage. Le pouls tombait, la face grippée était pâle et terreuse, les yeux s'excavaient. L'urine n'était rendue qu'avec difficulté. Cinq jours s'écoulèrent encore. La tumeur allait croissant dans tous ses diamètres, son odeur devenait de plus en plus forte; les ulcérations prenaient un caractère de plus en plus fâcheux. Du pus s'était écoulé en abondance des parois vaginales, une légère hémorrhagie avait eu lieu. A bout de son énergie, la malade demanda son admission à l'hospice civil, pour être opérée. Elle l'a été le 5 novembre de la manière suivante.

Au moment de l'opération (11 heures du matin) la malade était dans l'état suivant : pouls petit, profond, sans être misérable; peau douce au toucher, sans froideur; face pâle, mais sans contraction, yeux clairs sans être brillants; le ventre était mou, sans douleur; elle venait d'uriner sans difficulté. La tumeur, d'un blanc grisâtre, plus volumineuse que les jours précédents, enduite d'une exsudation grasse, épaisse et noirâtre, avait, dans sa plus grande étendue, de haut en bas 19 centimètres, et dans son diamètre transversal 9 centimètres 1/2. Raisonnant toujours dans l'hypothèse d'un renversement total de l'utérus, la face péritonéale devenue interne et formant sac, il convenait d'admettre comme compris dans la cavité : 1° le péritoine utérin; 2° les trombes; 3° les cordons des ovaires; 4° les ligaments ronds, 5° les larges; 6° peut-être aussi les ovaires; 7° le bas fond de la vessie; 8° une portion d'intestin? Une incision de la tumeur était donc nécessaire pour s'enquérir de son contenu. L'hémorrhagie pouvait intervenir foudroyante. Une ligature devait, en conséquence, être préalablement passée sur le col, qu'on n'aurait plus qu'à étrangler soudainement si cela devenait nécessaire. Le vagin étant lui-même énormément tuméfié squirrheux, et entraîné par un renversement du haut en bas, il était indispensable d'en faire l'ablation partielle dans le troisième temps de l'opération. Or, il pouvait remonter brusquement, après l'amputation de la matrice; il était donc essentiel de le maintenir à son tour, et une seconde ligature, plate, comme la première, fut portée, non serrée, sur cet organe, à 3 centimètres au dessus de la précédente.

La femme convenablement disposée, les ligatures établies, le docteur Mollet, en présence des premiers consultants et d'un grand nombre de chirurgiens de la marine, pratiqua immédiatement l'incision exploratrice parallèlement à l'axe de la tumeur. Son bistouri rencontra un tissu lardacé, squirrheux; avançant avec précaution, il parvint ainsi jusqu'à la moitié de son épaisseur, divisant toujours des parties essentiellement squirrheuses. Évidemment, ou ce n'est pas la matrice qui forme la tumeur, ou cet organe n'est plus qu'une masse compacte, homogène et sans cavité. On peut donc, sans inconvénient, en faire l'amputation circulaire au dessous de la ligature inférieure. Ce second temps de l'opération est exécuté sans hésitation et presque sans hémorrhagie. Le chirurgien examina alors les parties comprises entre les deux ligatures. Elles sont évidemment dégénérées, squirrheuses jusqu'à trois lignes au dessous du lien supérieur. Une incision est faite hardiment de haut en bas sur la partie antérieure du vagin, à 8 millimètres de profondeur; l'instrument rencontre un corps rond qu'un des aides prend pour le bas fond de la vessie, que les assistants et l'opérateur lui-même croient être un ovaire hypertrophié. Le docteur Mollet le cerne avec le bistouri et l'enlève avec rapidité, en même temps que la partie malade du vagin, pendant que l'aide serre fortement la ligature pour étrangler les parties situées au dessus de la section. Il s'écoule à peine un peu de sang d'abord, une petite artère donne quelques instants après, elle est liée sans difficulté. Il ne reste plus aucune portion malade; les parties, débordant le lien constricteur, présentent l'aspect d'un champignon sur lequel un second lien est appliqué par précaution. Les fils assujettis en dehors, le pansement fait, la malade est replacée dans son lit. L'opération a duré 13 minutes.

On croyait avoir enlevé un ovaire, dans le troisième temps de l'opération; un examen scrupuleux démontre qu'on a enlevé l'utérus lui-même squirrheux, dans toute son étendue. On reconnait en effet les deux feuillets péritonéaux, les trompes, les ligaments larges coupés à 3 millimètres de leur insertion. Qu'était-ce donc la tumeur extérieure qu'on a prise pour le corps et le fond de la matrice? Un énorme masse polypeuse développée sur le museau de tanche et pesant 1150 grammes. Le polype, l'utérus et la portion du vagin enlevés, sont déposés au musée anatomique de l'école de médecine navale. Ainsi, l'utérus n'était point renversé mais seulement entraîné directement de haut en bas par un polype volumineux; donc le diagnostic était erroné; mais l'opération n'en était pas moins d'une nécessité absolue, vu l'état des organes. Aujourd'hui, 7 novembre, 60 heures sont écoulées et l'opérée est dans l'état le plus satisfaisant. — *P. S.* La malade est morte le cinquième jour.

PROPOSITIONS CLINIQUES.

Suture chirurgicale. — D'après M. Gerdy, la meilleure des sutures chirurgicales, celle qui donne la réunion la plus solide, la mieux soutenue sans constriction étranglante et sans déchirer les tissus, est sans contredit la suture enchevillée ou emplumée. Cette suture en effet rapproche les parties sur un grand bourrelet horizontal et dans une grande épaisseur de tissus, elle agit d'ensemble par l'accord de tous ses liens sur les petits cylindres qui leur servent d'arcboutant, et chaque point ne formant sur les cylindres qu'un demi tour non fermé ne peut aucunement couper les tissus, ainsi que le fait la suture ordinaire ou à points séparés. Aussi dans les réunions difficiles où l'on a à craindre l'action déchirante des fils, c'est à la suture enchevillée qu'il faut donner la préférence. On peut cependant reprocher à cette suture de faire bailler les bords saignants lorsqu'on a serré les fils sur les cylindres, et de ne donner par conséquent une réunion parfaite qu'au fond des deux surfaces rapprochées. On peut néanmoins y remédier en passant d'un cylindre à l'autre, des fils simples superficiels qui, liés à leur tour, après les grands points, servent à reprimer et à remettre dans le contact parfait les bords légérement retroussés. Par cette précaution déjà mise en usage avec succès par M. Roux, et qu'on peut exécuter d'ailleurs plus parfaitement encore à l'aide d'un ruban en fil, la suture en question est réellement la première, la plus importante des sutures chirurgicales. On en ignore l'inventeur; il y a réellement du génie dans son organisation, et pourtant elle ne paraît pas avoir été suffisamment comprise puisqu'elle n'est pas employée aussi souvent qu'elle mériterait de l'être. Un vieillard auquel M. Gerdy venait d'exciser un cancer à l'angle gauche de la bouche, s'étendant à plusieurs centimètres de cet angle avait été suturé à l'aide de points séparés. Ces points se

sont déchirés et les bords de la plaie cicatrisés séparément. M. Gerdy a affranchi de nouveau les bords par une seconde opération, détaché toute la portion correspondante de la lèvre et de la joue, pour faire remonter les parties molles et réuni ensuite commodément la plaie angulaire à l'aide d'une suture enchevillée. Ce rapprochement a été parfait. M. Gerdy a appliqué dans d'autres régions encore la suture en question, toujours avec un avantage réel sur toutes les autres sutures.

Pathologie spéciale. — D'après M. Velpeau, les abcès de la fosse iliaque, chez les nouvelles accouchées, dépendent quelquefois d'une arthrite pelvienne. L'articulation sacro-iliaque ou inter-pubienne, tiraillée ou déchirée, s'enflamme chroniquement, se ramollit, suppure et laisse fuser le liquide entre le périoste et le muscle iliaque. L'abcès est profond et semble affecter toute la moitié correspondante du bassin. Le diagnostic en est souvent obscur, et ce n'est que par le commémoratif qu'on parvient à établir des conjectures plus ou moins vraisemblables. Une femme couchée en ce moment à la clinique de la Charité se trouve dans ce cas; elle venait d'accoucher et de sortir de son lit de douleur. Pendant le transport, elle a éprouvé un craquement douloureux dans le côté gauche du pelvis; la douleur a persisté, la fosse iliaque s'est engorgée, et un travail suppurant a fini par aboutir. M. Velpeau croit que le craquement douloureux indique une rupture des ligaments de l'articulation sacro-iliaque, et que de là s'est suivi un abcès qui a fusé jusqu'à l'aine. On sent au toucher un empâtement résistant dans toute la moitié correspondante de l'évasement supérieur du bassin. Il y a avantage à n'ouvrir ces sortes d'abcès que par une petite piqûre. La guérison se fait longtemps attendre.

Fracture de la rotule. — D'après M. Jobert, la meilleure position à donner au membre atteint de fracture de la rotule est l'horizontale simple. Il attache la jambe aux pieds du lit à l'aide d'une courroie passée autour des malléoles et sans mettre aucun coussin sous le jarret ni dans le reste du membre. Il ne met non plus de bandage autour des fragments. Les choses sont ainsi abandonnées à la nature, et la guérison s'opère avec très peu d'écartement entre les fragments. Cet écartement est même moindre que par le double plan incliné. Une femme, qui se trouve en ce moment traitée à Saint-Louis, par la simple position horizontale et sans aucun bandage, offre une guérison tout aussi satisfaisante au moins que si on l'eût traitée par l'appareil recommandé par la généralité des auteurs. M. Jobert pense que les fragments sont moins écartés dans la position horizontale que dans la position d'un plan très incliné du talon vers la fesse; il ajoute que la position horizontale est moins fatigante, mieux supportée et prédispose moins le genou à l'ankylose que celle du plan incliné.

Cancer de la verge. — D'après M. Roux, il n'y a pas de cancer à la verge sans être précédé d'un phimosis, soit congénitale, soit accidentel. Sans être nouvelle, ni peut-être sans exceptions, cette observation s'est trouvée jusqu'à présent confirmée par la longue pratique de M. Roux. Il s'ensuit qu'on doit toujours conseiller de très bonne heure d'opérer le phimosis, malgré qu'une pareille condition puisse souvent exister sans entraîner de cancer, et que l'opération elle-même soit loin d'être un préservatif de cette terrible affection. Au reste, un cancer de la verge étant donné, en supposant que le phimosis existe ou ait existé, on ne peut rien déduire d'une pareille circonstance pour le traitement.

Phimosis. — D'après M. Roux, l'espèce de demi-atrophie que le gland présente chez les sujets adultes atteints de phimosis congénital, disparaît en quelques semaines après l'opération, et il est remarquable qu'après la fente ou la destruction accidentelle du prépuce chez des individus bien conformés entraîne l'hypertrophie du gland, par le seul fait de l'absence des enveloppes naturelles. C'est ainsi aussi que les os de la face s'hypertrophient après les grandes brûlures qui détruisent les parties molles, et nous avons vu cette hypertrophie osseuse disparaître spontanément après une autoplastie heureuse des tissus détruits. Au reste, si le gland s'hypertrophie dans ces circonstances, il perd en sensibilité, en finesse tactile, ce qu'il gagne en volume. C'est donc loin de constituer un avantage réel pour lui.

Bosses hématiques. — Le procédé de l'écrasement que nous avons décrit pour ces sortes de tumeurs ecchymosiques commence à être généralisé dans les hôpitaux. M. Blandin l'a appliqué dernièrement chez une vieille femme qui portait sur le dos de la main une volumineuse tumeur sanguine de ce genre. Ecrasée et disséminée par les doigts du chirurgien, cette tumeur avait entièrement disparu le lendemain.

Caustique sulfurique. — Le caustique d'acide sulfurique concret, dont on a lu la formule dans notre dernier numéro, a été dernièrement essayé à Saint-Louis (Jobert) pour un cas de cancer à la lèvre, à la suite de l'application de la pâte de Vienne. L'effet en a paru satisfaisant.

BULLETIN OPHTHALMOLOGIQUE
DES HOPITAUX.

Syphilis oculaire (Velpeau). — Une jeune femme, domestique, a été reçue à la clinique de la Charité pour une cécité complète à l'œil droit et pour une affection moins grave à l'œil gauche. A l'examen, les deux globes oculaires offrent un volume et une consistance naturelle : les iris sont bruns. A gauche, la pupille est un peu déformée, mais mobile, légèrement dentelée et festonnée, ce qui indique que l'organe a été autrefois le siége d'une phlogose irienne; la cornée est légèrement nébuleuse, la chambre hyaloïdienne parfaitement noire; la malade voit assez bien de ce côté; cependant, à quelques millimètres de la circonférence de la cornée, on observe quelques gros vaisseaux variqueux ramper sous forme arborescente, et se jeter dans la sclérotique. Cette membrane paraît très mince en arrière et laisse passer un reflet violet, formé par les vaisseaux de la choroïde. Il n'y a pas de photophobie ni d'autres symptômes d'inflammation appréciable. A droite, la pupille est immobile, mais de dimensions naturelles. Elle est aussi légèrement dentelée; le fond de l'œil est noir, mais la vue est complétement éteinte depuis six semaines au dire de la malade. En relevant la paupière supérieure, on est frappé de l'amincissement extrême de la sclérotique et de la saillie de petites nodosités noires, entourées d'une nappe de même couleur; l'œil semble un peu bombé par suite d'une pareille manifestation. M. Velpeau a diagnostiqué, soit une affection mélanique, soit une syphilis oculaire. La malade a été interrogée dans ce dernier sens, et bien qu'elle n'ait rien avoué formellement, elle a cependant laissé à présumer que la chose pourrait être fondée. On a donc prescrit un traitement antisyphilitique (deux pilules par jour de protoiodure de mercure. Vers le 12e ou 15e jour de ce traitement, la malade était déja mieux, sa figure s'était animée, la vue de l'œil droit a commencé à reparaître; la saillie choroïdienne, en effet, semblait moins prononcée, et la pupille

reprendre légérement sa motilité. Si cette amélioration est progressive la cécité pourrait disparaître et la malade guérir tout à fait. Nous reviendrons sur ce fait intéressant s'il y a lieu.

— Nous avons, dans le n° d'oct. dernier, p. 270, rapporté un cas remarquable de syphilis oculaire observé sur un jeune homme atteint à la fois de chancre à la verge et de vérole secondaire, caractérisée par des tubercules chancreux à la peau. L'affection oculaire avait chez lui débuté par une sorte d'hypertrophie générale de l'œil, avec exophthalmie et cécité; tous les vaisseaux internes et externes de l'organe paraissaient comme variqueux, d'un rouge-jaunâtre, et entouré d'une sorte d'œdématie particulière, comme baveuse et jaunâtre. A cette période d'hypertrophie en a succédé une autre, celle d'atrophie, et l'organe s'est petit à petit retiré sur lui-même et réduit en une sorte de bouton inexpressif dans le fond de l'orbite, que la paupière supérieure est venue couvrir par son abaissement permanent. Ce qu'il y a eu de plus remarquable vers la fin, c'était une sorte de chémosis passif, de couleur blafarde, et qui a fini par pénétrer jusque dans la chambre antérieure.

Rien de pareil n'existait chez la malade de M. Velpeau, et l'on peut douter que le mal fût syphilitique chez elle, malgré que les pilules iodo-mercuriques lui aient été favorables. S'il nous était permis d'émettre une opinion à son égard, nous dirions que, dès le commencement, comme à présent, nous n'y avons vu qu'une congestion choroïdienne, rendue apparente à l'extérieur par une sclérotique naturellement mince, ainsi qu'elle l'est souvent chez des sujets qui ont été scrofuleux dans leur enfance. L'iode et le mercure étaient donc indiqués à titre d'hyposthénisants vasculaires, ce qui veut dire que d'autres médicaments de la même famille pouvaient également guérir la maladie. L'on ne comprend plus aujourd'hui les syphilis occultes des anciens, bien que l'on s'accorde souvent dans la prescription mercurielle, mais c'est comme on le voit dans des vues différentes. La syphilis oculaire, si elle appartient à la période secondaire, se déclare sur l'iris et sur la choroïde, mais une éruption spécifique à la peau existe ou a existé en même temps; si elle appartient à la période tertiaire, elle se fixe principalement sur la sclérotique, mais le mal n'est jamais isolé. On vient de voir, au reste, dans le premier fait, des conditions toutes particulières dans le développement et la marche de la maladie, ce qui ne permet pas de la confondre facilement avec d'autres.

Cataracte capsulaire et glaucome (M. Roux). — L'existence de la cataracte capsulaire, primitive et spontanée chez l'adulte, ayant été mise en cause dans ces derniers temps, et même niée, nous avons cru devoir enregistrer brièvement l'exemple suivant. Un homme, âgé d'une cinquantaine d'années, de forte constitution, est entré à l'Hôtel-Dieu pour être opéré de deux cataractes; il distinguait le jour de la nuit, mais la pupille était peu mobile, l'emploi de la belladone ne l'a dilatée qu'en partie, et néanmoins on pouvait être sûr de l'intégrité de la chambre postérieure et de l'absence de toute adhérence anormale de l'iris. L'opacité était très blanche, un peu arborescente, et pas étendue à toute la circonférence du champ pupillaire. Il a été facile de diagnostiquer une cataracte capsulaire ou capsulo-lenticulaire. Le globe oculaire n'offrait rien de remarquable ni dans son volume, ni dans sa consistance. M. Roux l'a opéré par extraction d'un seul côté seulement. A peine le lambeau de la cornée a-t-il été achevé, et sans qu'aucune pression ait été exercée par l'aide, une petite partie du corps vitré s'est échappée au dehors. L'opérateur a de suite baissé la paupière et attendu quelques instants; puis il a, ainsi que cela est d'usage dans ces cas, porté avec une grande précaution, par le même lambeau de la cornée, une petite pince-érigne, et il a saisi le corps opaque : c'était la capsule antérieure. Restait encore le cristallin derrière l'iris; M. Roux l'a harponné et entraîné à l'aide d'un petit crochet. Ce cristallin était jaune-ambre et parfaitement diaphane. Les suites n'ont rien offert à noter sous le rapport de l'opération; reste à savoir si le malade verra, mais cela importe peu au point de vue des remarques que nous voulions présenter.

— Il s'agit donc bien, dans ce cas, d'une cataracte capsulaire, ainsi que le diagnostic, *a priori*, l'avait reconnue; seulement le cristallin était diaphane et jaune, et le corps vitré liquéfié, ce qui était impossible à prévoir d'après les données ci-dessus. Ces deux dernières conditions constituent l'état glaucomateux de l'œil, dans le sens de M. Mackenzie. La coloration jaune, en effet, du cristallin donne un reflet bleuâtre lorsque les capsules sont encore diaphanes. La cataracte s'adjoint à la longue à cet état, par l'opacité de cristalloïde ou de la lentille. Le phénomène glaucomateux disparaît alors, et l'on ne voit que la cataracte comme chez ce malade. La déliquescence de la vitrine suppose, d'ailleurs, un travail morbide de longue main dans le corps hyloïdien ou dans la choroïde, et c'est très vraisemblablement à cette dernière condition qu'on doit rapporter la source de l'opacité de la capsule, de la paresse de la pupille et de la rétine. On voit déjà, par ces seules remarques, que nous pourrions développer davantage, que cette observation se prête à des considérations d'un véritable intérêt.

Fausse cataracte nouvelle (M. Roux). — Il est une sorte de cataracte cristalline qu'aucun auteur n'a mentionnée, et que M. Roux a rencontrée une seule fois sur une jeune personne qu'il a opérée par extraction à l'Hôtel-Dieu. Nous l'avons signalée dans notre dernier ouvrage d'après M. Roux lui-même. Elle consiste dans un état cannelé des deux surfaces du cristallin, ce qui enlève à ce corps sa transparence sans qu'aucun changement soit survenu dans son état moléculaire comme dans la véritable cataracte. Il en résulte le même genre d'opacité que l'art produit sur les verres des fenêtres quand on veut empêcher qu'on voie à travers, ce qui équivaut à la dépolissure sans addition d'aucun corps opaque. On comprend que ces sortes de gouttières produisent par leurs côtés et leurs angles de reflections si multipliées en sens opposés que le passage des rayons visuels en soit impossible ou obscur. On conçoit, d'autre part, qu'une lentille ainsi constituée n'est pas dans les conditions de concentrer les rayons qui doivent former l'image sur la rétine.

Il est probable qu'une pareille altération dépend de l'action déliquescente de l'humeur de Morgagni. Chez le patient de M. Roux, la cataracte offrait avant l'opération quelque chose d'anomal ou d'équivoque, et l'on n'en a connu la nature qu'après l'extraction. Nous l'avons classée au nombre des cataractes fausses, bien qu'elle appartînt au cristallin, par la raison que ce corps n'est pas opaque dans la rigueur du mot. Le fait précédent est encore unique jusqu'à ce jour.

Tumeur lacrymale. — *Nouveau procédé opératoire* (M. Gerdy). — Une jeune personne, au teint basané, au nez épaté, était entrée à la Charité pour être traitée d'une tumeur lacrymale du côté droit. La peau de l'angle nasal n'était ni ulcérée ni enflammée, mais elle formait une tumeur légèrement saillante, plate, disparaissant par la compression du doigt. Cette dernière manœuvre faisait refluer dans le lac précaronculaire une quantité d'humeur lactescente et rien ne passait du côté de la narine; cette cavité était sèche. Il y avait par conséquent épiphora. Les injections qu'on a essayées par le point lacrymal inférieur ne passaient pas dans la gorge et elles refluaient par le point lacrymal supérieur. Le canal nasal était donc complétement bouché. Il y a deux mois environ, M. Chassaignac avait déja opéré cette malade, il avait ouvert le sac lacrymal et introduit une bougie dilatante par cette ouverture; mais ayant ensuite éprouvé différentes indispositions indépendantes de l'opération, la patiente n'a pu continuer les pansements. Par conséquent, la tumeur lacrymale s'est reproduite. Aujourd'hui, 18 décembre, M. Gerdy l'a opérée d'après un procédé nouveau qui lui est propre. La nouveauté de ce procédé n'est relative qu'à la manière de passer un fil dans le canal nasal pour l'introduction d'une mèche dilatante.

La malade assise sur une chaise et soutenue convenablement, l'opérateur a plongé à l'ordinaire, dans le sac lacrymal, un bistouri à lame très étroite, ainsi que le voulait J. L. Petit, afin de pénétrer commodément dans la partie profonde du canal; un stylet, puis une sonde cannelée et enfin une bougie élastique ont successivement remplacé le bistouri. La bougie a été poussée jusque dans le pharynx, puis saisie avec un doigt par la bouche et ramenée en partie en dehors des lèvres. A cette extrémité extra labiale il a a attaché un fil ciré; ensuite il a introduit une seconde bougie, d'avant en arrière dans la narine, qu'il a fait sortir également dans la gorge, puis saisie avec deux doigts et ramenée, comme la précédente, en dehors de la bouche. A cette extrémité il a attaché le chef pendant du même fil qui se trouvait déjà lié à la bougie précédente. Ainsi, voilà deux bougies qui décrivent deux courbes, l'une du sac lacrymal dans la gorge et en dehors de la bouche, l'autre de la narine antérieure dans la gorge et en dehors des lèvres. Les deux extrémités antérieures ou buccales de ces deux bougies se trouvent réunies par un long fil. Dès lors l'opérateur a tiré d'une main la première bougie par le sac lacrymal, de l'autre main la seconde bougie par la narine antérieure, et le fil s'est trouvé en un clin-d'œil, et par un véritable jeu d'escamotage, placé dans tout le canal nasal, sortant d'une part par la plaie, d'autre part par la narine. La suite du pansement a consisté à fixer et introduire la mèche à l'ordinaire par le bout inférieur du fil. Tout cela a été long à décrire, mais l'exécution s'est faite avec une rapidité vraiment surprenante.

— On comprend aisément comment les deux sondes qui décrivent les deux courbes ci-devant indiquées placent, par leur retrait instantané, un fil dans le syphon lacrymal. Le fil, en effet, est attaché horizontalement aux deux extrémités buccales des bougies; il est ramené dans la gorge; là il est tendu et tiré, d'une part dans la narine antérieure, d'autre part, dans le canal nasal et dans le sac; il se trouve, par conséquent, entraîné dans la voie des larmes de bas en haut et d'avant en arrière par les bougies qui la parcourent. Il est facile de comprendre que la bougie nasale fait l'office d'une pince qui, introduite par la narine, irait dans l'arrière-gorge saisir un fil qui aurait été introduit de haut en bas dans le syphon lacrymal, pour le ramener au dehors. Comme mode opératoire, on ne peut évidemment rien imaginer de plus ingénieux, de plus sûr et expéditif que le précédent; comme remède cependant, c'est une autre affaire. La méthode dilatente à l'aide de la mèche ne donne en effet que des résultats peu satisfaisants; M. Gerdy en convient lui-même; néanmoins nous devons reconnaître, à notre tour, que dans la pratique des hôpitaux il ne serait pas facile de mettre en usage, d'une manière complète, la méthode résolutive dynamique que nous suivons avec un succès constant, et que nous avons décrite avec soin. On comprendra de suite notre pensée en réfléchissant que la tumeur lacrymale est une affection dynamique, une phlogose avec épaississement des tissus sous-muqueux, et comme telle, elle ne peut céder à des moyens qui n'agissent que mécaniquement. Il est évident qu'il ne s'agit pas seulement de dilater, car le rétrécissement est un effet d'une maladie actuellement existante, suppurante, etc. L'indication fondamentale primitive est donc de combattre la condition pathologique, à l'aide de remèdes dynamiques qu'on injecte et qu'on abandonne à l'absorption dans le sac, qu'on applique à l'extérieur, etc. Le rétablissement de la fonction t la conséquence toute naturelle de l'exécution de cette indication. Les moyens mécaniques sont sans doute nécessaires et utiles pour achever la cure dans beaucoup de cas, mais à eux seuls ils sont insuffisants, souvent même nuisibles, et l'on peut s'étonner de voir que d'habiles opérateurs de nos jours ne basent que sur ces moyens uniquement toutes les ressources curatives. Que dirait-on cependant d'un médecin qui, pour combattre la dyspnée asthmatique, par exemple, ou le bégaiement, ne viserait qu'à insuffler de l'air dans les poumons, à couper les muscles de la langue, etc.? Nous avons écrit que nous cherchions encore des cas de tumeurs lacrymales qui fussent réfractaires à la méthode résolutive, dynamique; nous avons aujourd'hui plus d'expérience, et pourtant cette conviction ne fait que se raffermir de plus en plus dans notre esprit.

Amaurose hypersthénique. *Bons effets du carbonate de fer et de l'iodure de potassium.* (M. Robert.)—Un jeune homme agé de vingt ans passés, de constitution lymphatique, grande taille, grêle, pâle, offrant quelques ganglions hypertrophiés sous la machoire, avait depuis plus d'un an perdu complètement et par degrés la vue de l'œil droit et il était menacé de la même affection à l'autre œil. A l'examen on trouve les bords des quatre paupières bordés de rouge comme on les rencontre assez souvent chez les sujets scrofuleux, la pupille du côté gauche était dilatée outre-mesure et insensible à la lumière; le fond de cet organe était noir,

son bulbe assez rénitent au toucher. L'autre œil était sain. Il a été facile de diagnostiquer une amaurose. Le malade a été soumis d'abord à l'usage des purgatifs répétés ; ces remèdes l'ont beaucoup incommodé, affaibli et n'ont rien changé à l'état de la vue. Au bout de quelque temps, M. Robert l'a mis à l'usage des pilules ferrées (pilules de Vallet) au nombre de six par jour, et de l'iodure de potassium. Ce dernier remède a été promptement porté à la dose d'un gramme (vingt grains) par jour. D'abord la tolérance a été parfaite, mais bientôt après une salivation très abondante s'est déclarée, phénomène déjà observé à la suite des administrations iodées. La vision à commencé à reparaître au bout d'une dixaine de jours de ce traitement et elle fait des progrès de plus en plus; la pupille s'est rétrécie et a acquis un peu de mobilité. Le malade distingue les corps volumineux avec cet œil, mais il ne voit pas encore assez pour lire. Tout fait espérer cependant que cette amélioration sera progressive jusqu'à la guérison. La salivation a été si abondante qu'il a fallu diminuer la dose de l'iodure. Il est remarquable cependant que cette salivation ne ressemble guère à celle que produit le mercure ; les gencives ne sont ni gonflées, ni ulcérées, ni enflammées, l'haleine n'est point fétide et la salive n'est ni filante ni putrescible comme celle du ptyalisme mercuriel, elle est liquide et limpide comme de l'eau.

— Les personnes qui regardent le fer et l'iodure de potassium comme des remèdes tonique ou excitants croiraient dans ce cas avoir eu affaire à une amaurose asthénique. Cette manière de voir, on le sait, n'est pas la notre; nous voyons dans ce cas une amaurose hypersthénique, ou dépendant d'une congestion lente des vaisseaux de la rétine, nous n'en voulons d'autre preuve que l'espèce de photophobie légère que le patient éprouvait au début de la maladie et qu'il présente encore aujourd'hui que la sensibilité rétinienne reparaît de nouveau. Le fer et l'iodure de potassium n'agissent heureusement dans ces cas qui en vertu de leur action hyposthénisante vasculaire, et la salivation qui s'en est suivie peut être considérée comme un phénomène d'hyposthénie locale, vasculaire, différente de celle qu'occasionne le mercure. Il y a là des conditions locales ou électives dans les deux cas et qu'il serait trop long d'expliquer ici. Nous devons dire à l'occasion de ce fait que les préparations ferriques sont au nombre des remèdes anti-amaurotiques que nous avons l'habitude de prescrire journellement avec un avantage réel L'eau ferrugineuse de Passy, bue surtout à la source, à dose assez élevée, produit les plus heureux résultats dans tou es les amauroses hypersthéniques, ce qui n'empêche pas de saigner en même temps, de purger, etc. Nous savons bien que les oculistes pur-sang, qui prescrivent sans discernement des remèdes dont ils ignorent et le véritable principe d'action et les conditions réelles de la maladie pour laquelle ils les ordonnent, se révoltent à ces idées, et nous adressent des injures à pleines mains par l'organe des *Annales Oculistiques*, mais ce n'est pas pour ces messieurs-là que nous écrivons !...

Observations de microphthalmie, *recueillies par le docteur V. Stœber.* — Le 5 juillet 1844, on m'adressa la veuve Frick, Madeleine, âgée de 38 ans, de Graufthal, près Saverne, accompagnée de son fils, affectés tous deux de microphthalmie.

J'appris de la mère qu'elle était issue de parents bien conformés, mais que son père avait perdu un œil par accident; qu'elle avait connu ses grands-parents, et que personne dans sa famille n'avait eu de vice de conformation, ni aux yeux, ni ailleurs ; qu'elle était née avec un œil beaucoup plus petit que l'autre, et qu'ayant épousé un homme bien conformé, elle avait mis au monde deux garçons : l'aîné, George, âgé de 7 ans, qui l'accompagnait, atteint de microphthalmie aux deux yeux, et le cadet, Antoine, âgé de 4 ans, qu'elle avait laissé chez elle, et qui portait le même vice de conformation à l'œil droit seulement. A l'examen des yeux, je les trouvai dans l'état suivant :

Madeleine Frick : OEil droit bien conformé. A gauche, les paupières sont beaucoup moins saillantes ; la fente palpébrale est un peu moins longue et beaucoup moins ouverte qu'à droite; aussi ne peut-on voir le globe oculaire gauche dans une certaine étendue, qu'en écartant les paupières. Ce globe oculaire est beaucoup plus petit que celui du côté opposé; mais cette différence dépend bien moins d'une disposition entre les deux tiers postérieurs des deux yeux, que du manque de développement de la cornée et de l'iris gauches, ainsi que de l'absence de la chambre antérieure de cet œil. La cornée est ronde, mais aplatie, et n'a que quatre millimètres (à peu près une ligne et demie) de diamètre. L'iris est incomplet ; son tiers inférieur manque, ce coloboma est situé directement en bas; la pupille qui en résulte et qui commence par conséquent au bord inférieur de la cornée, n'atteint pas le point correspondant au centre de la cornée. L'iris est couleur châtain clair uniforme, et ne paraît pas contractile. La pupille est nette; les humeurs ne sont point troublées. La malade y voyait assez bien de cet œil pour distinguer tous les objets; mais la vue a beaucoup diminué depuis quelques années, ce que la malade attribue aux nombreux chagrins qu'elle a eus et aux larmes qu'elle a versées, et qui lui ont enflammé les yeux à diverses reprises. Elle ne distingue plus que les contours des grands objets.

George Frick : La face est petite comparativement au front, qui est saillant, et au crâne en général. Les deux yeux de ce garçon sont parfaitement égaux; les paupières sont déprimées vers l'orbite ; les fentes palpébrales plus petites qu'à l'état normal et moins écartées. Les globes oculaires sont affectés du mouvement oscillatoire propre aux aveugles-nés, et en outre sont pris alternativement de strabisme convergent. Les deux globes sont petits, ce qui, comme chez la mère, dépend principalement de l'exiguité de la cornée, de son aplatissement et de l'absence de la chambre antérieure. Les cornées ont le même diamètre transversal que celle de la mère; mais elles sont ovalaires, et leur diamètre vertical a environ un ou deux millimètres de plus. Les cornées aplaties n'ont point de limite bien fixe à la partie inférieure; elles passent peu à peu à l'état de sclérotique, en devenant d'abord opalines, puis opaques. Immédiatement derrière cette partie de la cornée, l'iris manque à peu près dans le tiers de son étendue; ce coloboma est situé aux deux yeux, en bas et en dehors. Ce qui existe de l'iris, est châtain clair uniforme, appliqué à la face postérieure de la cornée, non contractile. La pupille s'étend depuis le bord inférieur externe de la cornée jusqu'au centre de cette membrane. Les humeurs sont transparentes. La vue paraît assez bonne; car l'enfant joue aussi bien que ses camarades : il cherche de l'eau à la fontaine; il distingue les objets à quelques pas. Son intelligence est moyenne; il ne

présente aucune autre difformité. La mère rapporte que lors de sa naissance il avait les prunelles (cornées) tellement petites, qu'à peine distinguait-on un petit point noir dans le blanc de l'œil ; mais qu'au bout de quelques semaines cette tache noire a commencé à augmenter d'étendue. Elle ajoute que chez son second fils il en a été de même; que du reste ce dernier n'a que l'œil droit affecté, et que cet œil présente le même aspect que l'œil droit de la mère, décrit en premier lieu.

—Les cas de microphthalmie consignés dans les annales de la science sont peu nombreux. Seiler (Beobachtungen ursprunglicher Bildungsfehler, etc., der Augen; Dresden 1833) n'a pu en rassembler que seize. MM. Stilling (Hanoversche Annalen, von Holscher; 1836. Ier Band, p. 8), Arnold (Ammons Monatschrift, IIter Band, p. 88; 1839). Asmus (Medizinische Zeitung v. Verein fur Heilkunde; 1841, n° 17), Jæger (Zeitschrift fur die Ophthalmologie, von Ammon, Vter Band, p. 8) et surtout d'Ammon (Klinische Darstellungen der Krankheiten und Bildungsfehler des menschlichen Auges. IIIter Band, Tafel 3, 4, 5, 7; Berlin 1841), en ont depuis publié quelques nouveaux, ce qui en porte le nombre à une trentaine. La microphthalmie est un arrêt de développement : à une certaine époque de la vie fœtale, l'œil cesse de suivre les progrès de l'évolution du corps en général; ce qui le prouve, c'est non seulement l'exiguité de l'organe relativement aux autres parties, mais aussi la disposition des différentes tuniques qui le composent. Dans la plupart des cas observés, la cornée passe insensiblement à l'état de sclérotique, dans une certaine étendue de sa circonférence, c'est-à-dire que la transparence de la cornée diminue dans cette partie; la tunique devient translucide, puis opaque; de sorte qu'on ne saurait dire où finit la cornée, où commence la sclérotique. C'est ce qui a lieu dans les cas que je viens de décrire, et ce qu'on observe aussi à un âge peu avancé de l'état fœtal. L'iris qui a acquis tout son développement, présente un aspect réticulé à sa surface antérieure; on y observe comme des mailles; la couleur de cette membrane forme trois zones. Dans les premiers temps de l'existence de l'iris chez le fœtus, sa surface antérieure est unie, ne présente point d'enfoncements, de mailles, et sa couleur est uniforme. C'est précisément cette disposition qu'on observe sur la plupart des yeux atteints de microphthalmie; elle existait également chez les deux sujets dont je parle.

Le *coloboma*, cette fente de l'iris qui, lorsqu'elle est complète, s'étend depuis la pupille jusqu'au ligament ciliaire, et qui existe chez mes deux malades, a été considérée également comme un arrêt de développement; mais les recherches embryogéniques, surtout celles de M. d'Ammon (De genesi et usu maculæ luteæ in retina oculi humani obviæ, Vinariæ 1830, et Skizze einer Entwicklungsgeschichte des menschlichen Auges, in der Zeitschrift fur Ophthalmologie, IIter Band, p. 503), ont prouvé que l'iris ne se développe point par deux moitiés latérales, comme on l'a cru; dès le commencement, cette membrane forme un anneau complet dans les cas normaux. Ce qui donne lieu au coloboma, c'est un arrêt de développement ou un état anormal de la choroïde. Dans les premiers temps de l'état fœtal, avant que le ligament ciliaire et l'iris ne soient formés, la choroïde présente à sa partie inférieure interne une fente, qui plus tard se ferme; et alors seulement on voit se développer à l'extrémité antérieure de cette choroïde, le ligament ciliaire et l'iris, sous forme d'anneau. Lorsque cette fente n'est point fermée à l'époque où ces deux dernières parties apparaissent, celles-ci seront également incomplètes; car elles ne se trouvent que sur le bord antérieur de la choroïde, et manquent dans la partie de la circonférence où cette tunique n'existe point. Lors donc que le coloboma existe vers en bas et en dedans, il sera le résultat d'un arrêt de développement de la choroïde, il dépendra au contraire d'une fente anormale de la choroïde dans le cas où il se trouvera, comme chez nos malades, directement en bas ou en dehors.

M. Gescheidt (Ammons Zeitschrift fur die Ophthalmologie, IIter Band, p. 257) a admis trois degrés de microphthalmie, correspondant aux différentes phases du développement de l'œil. Le premier degré est constitué par l'arrêt de développement à une période peu avancée de la vie embryonnaire, alors que l'iris n'a point encore paru. Dans ce cas, l'iris manquera, et M. Gescheidt suppose que, dans les observations d'absence complète de l'iris, les auteurs ont peut-être oublié quelquefois de mentionner que l'œil était atteint en même temps de microphthalmie. Du reste, l'absence de l'iris peut exister sans diminution du volume de l'œil, ainsi que le prouve le cas que j'ai fait connaître et que j'ai encore sous les yeux (Archives générales de médecine; 1831, t. XXV, p. 405). — Le second degré de microphthalmie est caractérisé, d'après M. Gescheidt, par l'existence du coloboma de l'iris; l'arrêt de développement date alors d'une époque plus avancée de la vie embryonnaire; c'est à ce degré qu'appartiennent les sujets dont je parle, ainsi que plusieurs de ceux dont l'histoire a été publiée. — Dans le troisième degré enfin, toutes les parties sont formées; seulement elles existent dans des proportions trop petites, ce qui dépend de ce que l'œil est resté stationnaire, ou du moins de ce que son accroissement n'a pas suivi à pas égal celui du reste du corps. On avait déjà vu deux frères (Gescheidt) ou frère et sœur (Wutzer) être atteints de microphthalmie, mais jamais on n'avait rencontré un cas d'hérédité de ce vice de conformation. Notons encore que le père de la femme Frick avait perdu un œil avant son mariage, et que cette même circonstance a été observée dans un des cas de M. Gescheidt. Sur deux des trois individus de la famille Frick, la microphthalmie n'existe que d'un côté; le plus souvent elle affecte les deux yeux. Les cornées sont aplaties, et l'iris est appliqué à sa face postérieure. Sur d'autres sujets, on a trouvé la cornée conique, quelquefois une véritable hydrophthalmie antérieure. Souvent on a vu la microphthalmie être compliquée de cataracte. Chez mes

malades, les pupilles sont nettes et la vue assez bonne, excepté chez la mère, dont la pupille est toujours nette, quoique la vue ait beaucoup faibli depuis quelques années, ce qu'elle attribue aux chagrins et à la misère. Les yeux des enfants subiront-ils encore quelque changement par suite de progrès de l'âge? Il est difficile de répondre à cette question; mais il est bon de rappeler, comme un fait curieux et qui se retrouve dans deux ou trois observations déjà publiées, que, d'après le dire de la mère, les cornées étaient presque imperceptibles chez l'aîné des enfants lors de sa naissance; que peu à peu elles ont pris plus d'étendue, mais que depuis plusieurs années ce développement a complétement cessé. (Gaz. méd. de Strasbourg, déc. 1844.)

TOXICOLOGIE.

Empoisonnement par l'opium. *Analyse chimique confirmative*; par M. Letheby prof. de chimie à London hospital.

Samuel Carnish, agé de 56 ans, de bonne santé habituelle, est mort presque subitement le 17 septembre dernier. On a soupçonné un empoisonnement et M. Letheby de suite été chargé officiellement d'examiner le cadavre. Celui-ci a été exhumé douze jours après la mort; il était considérablement décomposé, de couleur vert-foncé, l'abdomen distendu et presque sur le point de crever par l'énorme quantité de gaz. Les organes de la poitrine ont été trouvés sains. Mais en ouvrant l'abdomen on a rencontré tout le tube intestinal très vascularisé et congestionné, de couleur pourpre. L'estomac contenait environ 45 grammes (une once et demie) d'un liquide épais, d'un jaune sale. Les intestins étaient tout-à-fait vide, et, à l'exception d'un seul point le reste ne présentait pas d'ulcération. Une partie des matières trouvées dans l'estomac a été bouillie avec de l'alcool, puis filtrée; elle a donnée une solution d'un rouge foncé, qui taignait le papier en jaune luisant; celui-ci n'était pas altéré profondément par les alcalis tandis que l'acide nitrique le changeait en une couleur d'un vert pourpre. De l'acétate de plomb a été ajouté au reste de la liqueur filtrée, et l'on a obtenu ainsi un précipité abondant. La solution restante, ayant été débarassée du plomb à l'aide de l'hydrogène sulfuré, et évaporée à siccité, a pris par le chlorure de fer une teinte verdatre, et une couleur rouge brillant par l'acide nitrique, deux signes indicatifs de la présence de la morphine. Le précipité à été délayé dans l'eau et débarassé du plomb, à l'aide de l'hydrogène sulfuré, filtré et évaporé presqu'à siccité; il a donné un sel ferrique d'un rouge luisant qui a été changé par l'acide nitrique, par la potasse et par le proto-chlorure d'étain, mais pas par le bichlorure de mercure. Il n'a pris aucune coloration par le terchlorure d'or, tandis qu'il se précipitait par le plomb et la barite. A ces caractères j'ai reconnu la présence de l'acide méconique, tandisque mes premières réactions indiquaient la présence du safran. D'autres réactions ont prouvé la présence du carbonate de chaux, mais je n'ai pu découvrir le moindre indice de poison minéral. Néanmoins un examen ultérieur a fait découvrir de l'arsenic dans les organes. Une enquête exacte a prouvé d'autre part que cet homme était mort avec des symptômes de dyssenterie et qu'il avait pris de la confection aromatique avec de l'opium et de la chaux. Le point important de mon analyse est relatif à la constatation de l'opium dans l'estomac, douze jours après la mort. (Lond. méd. Gaz. nov.)

— Cette observation nous a semblé offrir de l'intérêt au point de vue de la constatation de l'opium ou plutôt du laudanum dans l'estomac, douze jours après la mort. Malheureusement cependant l'auteur s'est contenté des simples réactions, ou plutôt des changements de coloration sous l'influence de divers réactifs pour établir son jugement. Evidemment cela n'est pas suffisant dans l'état actuel de la chimie légale. Il faut en effet des produits positifs, matériellement appréciables pour établir une conclusion valable devant la justice. Le rapport précédent serait donc attaquable et sans valeur devant un jury de cour d'assisses, par la raison que l'expert n'a pas présenté le produit de l'opium qu'il croyait avoir découvert dans l'estomac, la morphine en nature. Au point de vue scientifique néanmoins ce fait offre une certaine valeur et c'est comme tel que nous avons cru devoir le reproduire. Il conduit en effet à encourager la recherche des poisons végétaux sur le cadavre. C'est là un genre d'études tout à fait nouveau et sur lequel la science attend une solution. On ne peut se dissimuler que des difficultés immenses existent à cet égard par la raison que les substances végétales qu'on ingère sont ordinairement décomposées par les forces organiques et que les résultats de l'analyse chimique sont eux-mêmes contestables jusqu'à un certain point; la chimie en effet commence elle-même par décomposer, par carboniser les corps qu'on soumet à son examen. On comprend déjà que de grands intérêts scientifiques et sociaux se rattachent à cette question de la constatation des poisons végétaux dans le corps à l'aide de l'analyse chimique; aussi nous faisons nous un devoir de recueillir avec soin tous les éléments nouveaux de ce grand problème.

Acide arsénieux et nitrate de potasse. — Un fait assez curieux s'est passé dernièrement en Allemagne. On venait d'administrer à une vache quelques petites doses de nitrate de potasse; l'animal a éprouvé aussitôt des syptômes toxiques et il est mort dans l'espace d'une heure. L'autopsie et l'analyse chimique ont fait découvrir de l'arsenic. Cependant la dose avait été très faible. Un procès s'étant engagé, des expériences ont été ordonnées par le tribunal. On a administré à deux lapins 20 centig. (4 grains) chaque, et à l'un d'eux on a ajouté 50 centig. (10 grains) de nitrate de potasse. Ce dernier est mort dans l'espace de 29 minutes, tandis que l'autre a vécu plus longtemps. Cette expérience ayant été répétée on a trouvé constamment que le

nitre augmentait singulièrement l'action toxique de l'arsenic, et les experts ont expliqué le phénomène en présumant que la présence du nitrate de potasse dans les sucs gastriques favorisait la solution de l'arsenic. (Buchner's Repertorium für pharmacie, et Med. Times.)

— Le docteur Artus, auteur de cet article, ne paraît pas avoir connu les travaux récents faits en France sur l'action toxique du nitrate de potasse, seul ou combiné à l'arsenic; il saurait que ce n'est pas en augmentant la solubilité de l'arsenic que le sel nitro-potassique rend le poison plus énergique, mais bien en ajoutant sa propre action à celle de l'arsenic qui est parfaitement semblable, ainsi que cela résulte des expériences qui nous sont communes avec M. Mojon, et que nous avons communiquées à l'Académie des sciences l'année dernière. (V. Ann. de Thér., t. I.) L'action du nitrate de potasse étant hyposthénisante comme celle de l'acide arsénieux, il est clair que c'est augmenter l'effet dynamique que d'associer les deux substances ensemble; voilà pourquoi, disions-nous en 1839, que c'était le comble des absurdités que de proposer les boissons nitrées pour combattre l'intoxication arsénicale, ainsi que l'a fait M. Orfila. Il résulte aussi de nos expériences que deux grammes de nitre en solution tuent un lapin dans l'espace de 24 à 30 heures, tandis que si l'on y ajoute cinq centig. d'arsenic en solution, l'animal est foudroyé dans l'espace de 15 à 40 minutes. On voit par ce qui précède que la théorie chimique de M. Artus est aussi erronée que celle de l'inventeur du prétendu arsenic normal.

REVUE GÉNÉRALE.

Mémoire sur la péricardite, *lu devant la société médicale de Londres, dans la séance du 17 octobre 1844;* par M. Hughes, médecin à Guy's hospital.

Il est probable qu'aucune maladie n'a été de nos jours étudiée avec plus de précision et autant éclairée, sous le double point de vue du diagnostic et du traitement, que la péricardite. Il y a quarante ans, on savait à peine que cette affection était la compagne ordinaire du rhumatisme, et il y a douze ans, on la regardait encore comme une affection des plus obscures et des plus difficiles à diagnostiquer. De nos jours, cependant, le diagnostic de la péricardite ne présente pas plus de difficultés que celui de la pleuresie. La précision de plus en plus rigoureuse à laquelle ce point de pratique est arrivée, est due presque entièrement à l'auscultation et à la précision jointes à l'anatomie pathologique. Néanmoins il est remarquable que tout le progrès de cette grave question, progrès dû, sans doute, à l'immortel ouvrage de Laënnec, n'ait eût lieu qu'après le décès de cet auteur. Dans un travail sur la péricardite, que j'ai publié, il y a neuf ans, dans le 1er n° du *Guy's hospital Reports*, j'avais établi trois espèces de péricardites; savoir, 1° celles qui s'accompagnent de secrétion de pus dans le péricarde, et de fièvre aiguë avec réaction cérébrale; 2° celles dans lesquelles il s'épanche une grande quantité de sérum dans la même cavité, dès le commencement de la maladie; 3° Enfin celles qui dès le début donnent lieu à une secrétion de lymphe plastique dans l'enveloppe du cœur. Cette distinction, je la soutiens encore aujourd'hui; car elle est basée sur l'observation la plus positive. La première variété est comparativement rare; la seconde n'est pas fréquente; la troisième au contraire est la plus commune.

Les causes de la péricardite idiopathique sont sans doute les mêmes que celles des phlogoses des membranes séreuses, telles que le froid, les violences traumatiques, la présence de tubercules, la propagation d'une maladie des organes voisins, etc.; mais la plus commune est sans contredit un état particulier de l'organisme ou de la circulation qui accompagne le rhumatisme. On a présumé que dans la péricardite rhumatismale il y avait métastase de la maladie générale. Si l'on entend par là que l'inflammation du péricarde succède à la phlogose articulaire ou alterne avec elle, c'est certainement une erreur; rien n'est plus fréquent, en effet, que de voir la maladie interne faire des progrès, en même temps que les articulations continuent à être affectées au même dégré ou progressivement. Il est néanmoins conforme à l'observation de dire que par fois la maladie externe a considérablement diminué vers l'époque où la maladie du péricarde se déclare et marche avec intensité. On a également supposé que l'emploi de la saignée dans le rhumatisme aigu contribuait à la déclaration de la péricardite. Il peut y avoir quelque chose de vrai dans cette opinion. Il est constant en effet que la coïncidence de la péricardite avec le rhumathisme n'a été signalée par M. le professeur Bouillaud qu'à l'époque précisément où il a commencé à employer les saignées coup-sur-coup dans le traitement du rhumatisme; c'est-à-dire plusieurs années après que le fait était généralement connu en Angleterre comme une chose très fréquente, tandis qu'il a déclaré que le rhumatisme s'accompagnait presque toujours de quelque affection du cœur. Il est possible en effet que par ses saignées fréquentes, M. Bouillaud contribue à la production des bruits anémiques (anœmis murmurs) qu'on a quelquefois considérés comme indiquant une endocardite; il est également possible que la même cause peut contribuer à occasionner une maladie du cœur ou de ses enveloppes. Néanmoins, je dois ajouter qu'il y a quelques années, j'ai visité un grand nombre de malades d'un praticien des plus exercés, qui traitait le rhumatisme par les saignées abondantes, et je ne me rappelle pas d'avoir rencontré plus souvent la péricardite chez ses malades que chez ceux de ses collègues, qui traitaient autrement le rhumatisme. On a prétendu dernièrement que la péricardite qui accompagne le rhumatisme dépendait de l'usage du colchique, et qu'elle ne s'observe que rarement, lorsqu'on ne fait pas usage de ce médicament. C'est certainement une erreur; néanmoins, quand le remède agit violemment, qu'il déprime trop les for-

ces du patient, il est possible qu'à l'instar des saignées abondantes, il occasionne un certain malaise, un certain trouble dans le rhytme du cœur et prédispose facilement aux maladies de cet organe.

La péricardite peut arriver à toutes les périodes et dans toutes les forces du rhumatisme. Le plus souvent, cependant, elle se déclare vers le dixième jour, et quelquefois après le sixième, dans la forme aiguë ou sur-aiguë de la maladie. Je crois avoir observé que cette déclaration a lieu en général vers l'époque où le mal articulaire commence à changer de place, qu'il attaque une articulation aujourd'hui, une autre demain, ou qu'il passe d'un endroit dans un autre. On la rencontre, sans contredit, beaucoup plus souvent chez les enfants que chez les adultes, et l'on peut affirmer qu'en général, plus le sujet rhumatisant est jeune, plus il est prédisposé à des inflammations vers le cœur; et par contre, plus l'individu est âgé, moins il est sujet à la complication cardiaque, si préalablement il n'avait pas été affecté de maladie au cœur. Quand il est attaqué pour la première fois de péricardite, le patient ne se plaint pas de symptômes différents de ceux qu'il accusait dans les attaques précédentes; mais le médecin observateur présume de suite la complication à la physionomie altérée du patient, à la position contractée du corps, à l'état de fréquence, sans tension du pouls, à la sécheresse prononcée de la peau, ou du moins à l'absence de sueurs abondantes, à l'oppression que la malade éprouve, ou à une douleur profonde vers la région du cœur. Ces signes appellent donc son attention vers cet organe; la pression à l'épigastre est sensible, ainsi que vers l'espace intercostal près du cœur. Le diaphragme n'est que très peu déprimé dans l'acte de l'inspiration; par conséquent, la respiration est presque entièrement thoracique. En appliquant l'oreille ou le stethoscope sur la poitrine, on ne sent aucun bruit anormal d'abord; mais bientôt, ou bien le lendemain on distingue un bruit superficiel de frottement sur quelque point de la région précordiale, et souvent avec cela un bruit de souffle vers le point des vulvules aortiques.

Ainsi donc, les caractères ordinaires de la péricardite sont : physionomie rétractée ou anxieuse, se rapprochant du rire sardonique; position contractée de tout le corps, avec aversion au déplacement, pouls variable de 92 à 120, moins tendu et vibrant que dans le rhumatisme aigu simple, mais de caractère changeant; peau peu disposée à la transpiration abondante; respiration supérieure soulevant les côtes sans abaissement du diaphragme (condition exactement opposée à la pleurésie, telle qu'on la rencontre aussi dans la péritonite diaphrgmatique); oppression ou douleur à la base du sternum, et fréquemment sensibilité à la pression sur la région précordiale.

A mesure que la maladie fait des progrès et l'épanchement s'accroît, le bruit à frottement devient de plus en plus manisfeste et étendu, les autres symptômes continuent ou augmentent d'intensité. Si le patient est traité de bonne heure; si sa constitution est bonne; si la maladie est bien diagnostiquée et traitée, le bruit de frottement cesse presque subitement; on ne trouve pas de matité manifeste à la percussion, et les autres symptômes disparaissent. Si, au contraire, le patient est de mauvaise constitution, scrofuleux, phthisique ou faible; s'il n'est pas traité dès le début de la maladie, ou s'il ne l'est pas assez énergiquement, le bruit de frottement peut également disparaître, mais par une cause tout-à-fait différente : du sérum simple ou purulent s'épanche entre les deux couches rugueuses du péricarde, et en empêche l'attrition, et par conséquent le bruit en question. Cette cessation de bruit n'a pas toujours lieu subitement sur tous les points de la région précordiale, elle commence quelquefois en bas et s'élève graduellement, de sorte qu'on peut déterminer la quantité de fluide épanché d'après le degré de disparition du bruit de frottement. Il arrive quelquefois qu'après qu'on a constaté à la percussion un certain degré de matité, que le bruit de frottement ne peut plus être entendu lorsque le patient reste couché sur le dos, ce même symptôme reparaît par le changement de position du corps, comme par le décubitus latéral, par exemple, ce qui fait déplacer le liquide dans le péricarde et rend le bruit d'attrition sensible. J'ai observé pareillement qu'après que le bruit venait de disparaître par suite d'une petite augmentation de la sécrétion séreuse, si le sujet est jeune et les côtes très flexibles, le bruit peut se reproduire par le seul fait de la pression avec le stéthoscope ou de l'oreille sur la region précordiale. Cette pression déplace en effet le liquide, le fait glisser, et permet le frottement des deux surfaces rugueuses. Enfin, le bruit disparaît quelquefois tout d'un coup, en même temps que la matité augmente en étendue et en intensité; le patient est plus oppressé, sa physionomie plus anxieuse, la respiration plus précipitée; le pouls plus rapide et plus faible, quelquefois fluctuant et irrégulier, les bruits naturels du cœur sont faiblement sentis, mais on ne distingue pas de bruit morbide; l'action du cœur est tumultueuse, le patient ne peut se tenir debout, la face est rougeâtre et couverte de sueurs, et la chaleur des extrémités a diminué : il va expirer à moins d'être promptement secouru. A l'autopsie, on trouve une quantité énorme de sérosité dans le péricarde. Si, au contraire, les médicaments agissent favorablement, la physionomie se ranime, la respiration devient moins précipitée, le pouls acquiert de la fermeté et de l'ampleur, et les bruits du cœur reparaissent, d'abord à la partie supérieure, puis inférieurement, et ensuite de plus en plus, à mesure que le liquide est absorbé, la maladie disparaît.

Il arrive généralement que quelques jours après le bruit de frottement disparaît de nouveau, en partie ou tout à fait, par suite d'adhérences du péricarde ou de la disparition complète de l'épanchement. En peu de temps, le patient gagne des forces et revient à la santé. Assez souvent, cependant, il conserve une cer-

taine infirmité, par les restes de la maladie au cœur. Lorsque le mal a duré longtemps, sous forme chronique, après que le fluide a été absorbé, il arrive quelquefois que les deux surfaces de la séreuse n'adhèrent point ensemble par de la matière très épaisse qui devient elle-même très résistante, alors le patient éprouve pendant des mois ou des années, ou pendant le reste de sa vie un bruit fréquent, incommode, dans la région du cœur ; ce bruit est quelquefois tellement fort qu'il est entendu par les personnes qui l'avoisinent et sans appliquer l'oreille sur la poitrine. Si la péricardite se reproduit plus tard, une nouvelle effusion a lieu, et les deux surfaces acquièrent des adhérences permanentes. On a prétendu que le bruit de frottement qui accompagne la péricardite se convertissait en bruit de soufflet à la longue. Quand cela à lieu, le docteur Hope l'a considéré comme dépendant de la propulsion rapide du sang dans l'ouverture aortique. Je pense que la première de ces opinions est erronée ainsi que la seconde. Le bruit de soufflet, en effet existe toujours, dès le début, dans la péricardite rhumatismale seulement, il est obscurci par le bruit de frottement, et il devient plus sensible quand celui-ci s'affaiblit ou disparaît. Dans mon opinion, le bruit de soufflet dépend très probablement d'un épaississement inflammatoire des valvules sigmoïdes ou autres. Cette dernière condition constitue l'endocardite de quelques auteurs, et qui est très fréquente et très grave. Il paraît, au reste, qu'on peut vivre longtemps sans beaucoup d'inconvenients avec un péricarde épaissi ou adhérent, tandis que l'épaississement des valvuves entraîne l'obturation des orifices cardiaques; ce qui est de la plus grande gravité. L'endocardite consiste, selon moi, dans une phlogose du tissu sous-jacent à la membrane interne du cœur, puisque celle-ci reste intacte, tout en devenant plissée, tandis que les valvuves s'épaississent et deviennent opaques. La maladie que je viens de décrire briévement, et qui donne lieu à un épanchement de matières plastiques s'accompagne dans la majorité des cas, de rhumatisme, tandis que quand la péricardite dépend d'une autre cause, le mal s'accompagne, dès le début, d'un épanchement fluide ; alors on ne sent pas le bruit de frottement que produisent les surfaces rugueuses. Chez les sujets scrofuleux surtout cette circonstance est presque constante, ainsi que chez les sujets faibles et les vieillards. On voit par là la nécessité, d'ausculter toujours le cœur, surtout chez les sujets jeunes, atteints de rhumatisme, car une affection grave pourrait s'organiser dans cette région à l'insu du médecin (suivent d'autres détails.

Quant au traitement, on doit le baser surtout sur les mercuriaux et les saignées locales abondantes, et sur les contre-irritants. Des praticiens respectables ont attaché la plus grande importance à la salivation artificielle. Je n'ai pas vu cependant que cela fût indispensable pour la guérison, ni que la guérison, en suivit plus sûrement, lorsqu'on visait à une pareille action du mercure. J'ai vu souvent des péricardites accompagnées d'épanchements, guérir très bien par la résorption du liquide sous l'influence de divers moyens ; il faut convenir néanmoins que cette heureuse terminaison de l'épanchement ne peut être toujours obtenu. Le calomel combiné à l'opium et à l'antimoine m'a généralement produit d'excellents effets, à la dose de dix centig. (2 grains.) toutes les quatres heures, et avec addition de frictions de pommade mercurielle trois fois par jour (suit une obs. clinique rapportée avec de très longs détails).

Anévrisme poplité chez un enfant, par M. Syme. — David Dand, bien constitué et bien portant, portait depuis deux ans une tumeur considérable dans l'espace poplité, s'étendant jusque dans le mollet de la jambe, circonscrite et distinctement pulsatile disparaissant par la compression pour reparaître aussitôt après. La compression de l'artère fémorale y produit les mêmes phénoménes. Depuis quelques temps elle fait des progrès alarmants. M. Syme a lié la fémorale, et la guérison de la tumeur a eu lieu sans le moindre accident. — Cette observation offre de l'intérêt à cause du jeune âge du sujet, on ne connaît en effet que très peu de cas d'anévrisme spontané avant l'âge de la puberté. Le sujet le plus jeune atteint de cette maladie qu'ait rencontré A. Cooper était âgé de onze ans, il offrait un anévrisme de la tibiale antérieure. M. Peach a vu un enfant qui a subi l'amputation de la cuisse pour un anévrisme poplité. M. Croft, parle d'une préparation qu'il a vu dans un musée de province, d'un anévrisme de la carotide qui avait été liée sans succès chez un enfant âgé de sept à huit ans. (*Lond. and. Edimb. med. jtour. oct.*)

Du spasme de la glotte chez les enfants *ou asthme thymique des auteurs, par le docteur E. Roesch.* — L'auteur prétend contrairement à l'opinion de MM. Kopp, Graf, Hauff et d'autres, que le thymus et les glandes qui avoisinent la trachée-artère, ne sont, dans la plupart des cas, pour rien dans cette effection, et que celle-ci est due à une affection morbide des parties du nerf pneumo-gastrique qui sont répandues dans la trachée-artère, et surtout dans la glotte. Pour preuve de cette assertion il cite les deux observations suivantes :

Le 17 février 1839, l'auteur fut appelé chez une petite fille, assez gaie, d'un certain embonpoint, et âgée de quatorze mois. Cette fille avait eu, dix jours auparavant, pour la première fois, un accès de dyspnée qui revint depuis presque tous les jours, souvent même plusieurs fois en vingt-quatre heures, et principalement pendant la nuit, en se réveillant, en buvant, en criant, et même souvent au milieu de la plus grande tranquillité ; ces accès étaient plusieurs fois accompagnés de contorsions convulsives des bras. L'enfant était bien portant auparavant, et même lors de la première visite de l'auteur, elle jouissait d'un excellent appétit, et les évacuations alvines et celles des urines se faisaient régulièrement ; seulement la voix était un peu enrouée. La famille de la mère de l'enfant était sujette aux scrofules. M. Roesch prescrivit des bains et la digitale à la dose d'un douzième de grain, avec de la magnésie et du sucre, répétée quatre fois par jour. Le 24, il apprit que les accès sont devenus plus rares. En sa présence un accès survint; pendant que l'enfant commençait à crier, l'oppression fut extrême, et pendant les efforts pour reprendre haleine, l'enfant devient pâle; enfin, la respiration se rétablit en même temps que l'enfant poussa un cri aigu. L'appetit était bon, les sécré-

tions étaient normales; il n'y avoit pas de fièvre. On discontinua les bains; la digitale fut prescrite au neuvième de grain. Le 2 mars, même état; il y avait souvent des accès de contorsions convulsives des bras, avec raideur fixe des pupilles, et l'expression de perte de connaissance. L'auscultation fit entendre un bronchus sonore dans toute la poitrine; la percussion ne présentait rien d'anormal, et notamment elle donnait lieu à un son parfaitement sonore sous le sternum. L'auteur prescrivit le calomel en combinaison avec les fleurs de zinc, de chaque un tiers de grain, trois fois par jour, et des frictions stibiées sur la poitrine. Les accès de dyspnée avec contorsions des bras se sont répétés plus souvent encore jusqu'au 12 mars. L'auteur prescrivit maintenant l'huile de foie de morue, à la dose d'une cuillerée à thé, trois fois par jour, et fit reprendre les bains. Le 14, survinrent les contorsions des bras pour la dernière fois. Le 29, guérison complète; il n'y avait plus eu accès de dyspnée On continua encore l'huile de foie de morue pendant quelques semaines, et la guérison ne s'est pas démentie depuis.

Des accès tout à fait pareils se sont présentés chez un petit garçon d'un an et demi, chez lequel M. Roesch fut appelé le 9 avril. Ici, comme dans le cas précédent, il y avait en même temps des contorsions de bras et la raideur dans le regard. La percussion ne présentait rien d'anormal du côté où est situé le thymus. L'appétit était normal ainsi que les évacuations alvines; mais le ventre était gros et dur; point de fièvre. M. Roesch prescrivii l'huile de foie de morue, à la dose d'une demi-cuillerée à bouche, quatre fois par jour. La guérison fut complète le 26 avril.

— L'auteur conclut des résultats de l'auscultation et de la percussion, que dans ces deux cas, cependant bien graves, le thymus n'était pas hypertrophié; il le conclut encore de l'effet curatif si rapide de l'huile de foie de morue, qui certainement ne pourrait ramener en si peu de temps une glande hypertrophiée à son état normal. Il croit que ce médicament avait agi en facilitant la digestion, en améliorant l'état des forces et des humeurs, action dont la conséquence est le rétablissement de l'harmonie dans le système nerveux. Au reste, l'auteur ne nie pas que cette espèce d'asthme des enfants ne puisse quelquefois dépendre d'une hypertrophie du thymus, mais ce sont des cas plus rares; il trouve le nom d'*asthma thymicum* très-impropre, et propose de l'appeler *apnœa infantum* ou bien *spasmus laryngis*. (*Gaz. méd. de Strasbourg.*)

Syphilis. — Dans un article que vient de publier M. le professeur Delmas, de Montpellier, sur les malades traités dans le service des vénériens de cette ville, on trouve le rejet presque complet des idées modernes sur la syphilis et un retour absolu vers les doctrines surannées que peu de personnes partagent aujourd'hui. D'après l'auteur, il n'y aurait d'autre différence que dans la forme, entre le chancre et la blénorrhagie; au fond, il s'agirait toujours d'une même maladie. C'est aussi, comme on sait, l'opinion de quelques médecins de l'hôpital Saint-Louis. Il y a plus, la manifestation de l'une ou de l'autre affection serait toujours, d'après M. Delmas, précédée de l'absorption générale du virus; aussi, admet-il comme un fait certain l'existence des bubons dits d'*emblée*, c'est-à-dire par absoption directe du virus dans les ganglions, avec ou sans l'existence de chancres ou de blénorrhagie. La conséquence forcée de cette manière de voir, c'est que toute maladie vénérienne peut donner la vérole générale, et doit être *ab initio* traitée par la médication mercurielle générale. Aussi, est ce toujours par là que M. Delmas commence, même dans la blénorrhagie. Dans les cas de cette dernière espèce cependant, qu'il rapporte, il a toujours été obligé d'en venir aux injections de nitrate d'argent pour obtenir la guérison; les doses qu'il a adoptées pour ces injections sont de 40 centig. (huit grains) de sel argentique pour 30 grammes d'eau. L'auteur résume en ces termes les errements précédents : « Après un coït infectant, l'absorption du virus dans l'économie se fait avant l'apparition d'aucun symptôme, il y a d'abord infection générale, et, à une époque plus ou moins éloignée, les phénomènes locaux se présentent. D'où il résulte que, dans le traitement des maladies syphilitiques, n'importe la forme et le siège, il faut avoir recours à un traitement général spécifique que l'on sera obligé, quelquefois, de combiner avec un traitement local. » Ces phrases nous donnent déjà la mesure de la doctrine professée sur la syphilis dans l'Ecole de Montpellier. Nous ne prétendons pas l'appuyer ni la blâmer, mais nous devons faire remarquer qu'il serait impossible de la faire adopter dans l'état actuel des connaissances. Entrant enfin dans les détails de quelques faits particuliers, l'auteur s'arrête aux blénorrhagies; dans ce premier article, on y trouve la remarque suivante : « Chez la femme, le col utérin en était généralement affecté; quatre fois l'écoulement a siégé dans le vagin, et jamais on ne l'a constaté dans le canal de l'urètre. » (*Jour. de la Soc. de méd. prat. de Montpellier*, nov. 1844.)

De la lèpre aux régions polaires. — M. Retzius, médecin du roi de Suède. vient de publier, dans les *Annali Universali di medicina* (oct. 1844), une lettre en réponse à un travail du docteur Trompeo sur la lèpre, et que nous croyons devoir traduire en entier, en raison des détails intéressants qu'elle renferme.

«Il est vrai (dit l'auteur) que la lèpre se montre quelquefois dans notre pays, mais on ne la voit que rarement dans le littoral occidental, entre les degrés 59 et 69, et s'étend çà et là dans les provinces voisines. Si on la rencontre ailleurs plus fréquemment, les cas sont douteux et simulent plutôt la scrofule et la vérole de formes anomales. En Norwège, au contraire, les cas sont très fréquents entre les degrés 60 et 70, vers le littoral. On dit même que, dans ces localités, la lèpre est toujours en progrès, mais, Dieu merci, nous pouvons dire le contraire chez nous depuis 25 ans. — Cette hideuse maladie se montre sous deux formes distinctes, savoir : l'une tuberculeuse, l'autre anesthésique. Les prodromes sont les mêmes dans les deux espèces; ils consistent dans une sorte de langueur, d'indolence générale, de répugnance invincible pour le travail, d'oppression au cœur, d'inappétence. La forme tuberculeuse se déclare par une efflorescence à la peau, par des taches rougeâtres, livides, lesquelles se boursouflent successivement et forment de petites tumeurs régulières, de volume variable, lesquelles se ramollissent par la suite et se convertissent en ulcères couverts d'une escarre grise. En même temps, il se forme une infiltration tuberculeuse dans le larynx, ce qui éteint la voix ou la rend faible et rauque; la respiration devient dif-

ficile, embarrassée et avec menace de suffocation. Il se forme sur la cloison nasale de petites tumeurs qui se ramollissent et finissent par détruire tout le nez. De la matière tuberculeuse se dépose également dans les yeux et détermine la cécité. Après un certain temps, une cachexie générale se déclare, il survient une diarrhée colliquative et enfin la mort. Si la maladie suit une marche aiguë, une inflammation a lieu dans les poumons, dans les plèvres et dans la péritoine; dans quelques cas très rares, le mal se termine promptement par une entérite mortelle. Les phénomènes qui appartiennent à la forme anesthésique sont : une éruption pemphigineuse, avec une sensibilité exquise à la peau ; cette membrane devient ensuite paralytique et perd toute faculté de sentir, à tel point qu'on peut y pratiquer une longue et profonde incision jusqu'aux os, sans que le malade s'en aperçoive; on peut aussi le brûler à son insu sans qu'il accuse la moindre douleur. Tout le corps maigrit, surtout les extrémités inférieures; les membres, surtout les mains et les pieds, s'incurvent, perdent ordinairement une grande partie de leur faculté motrice, s'affectent de pétiostite nécrosique, laquelle est suivie de la chute des phalanges. Dans cette forme de la maladie, les yeux sont aussi attaqués ; la paupière inférieure est frappée de paralysie, la vue devient phototophobique. Des taches se forment ensuite sur la cornée, et les yeux finissent par perdre la faculté de voir. La nécropsie fait voir des infiltrations tuberculeuses dans le tissu de la peau, dans les yeux, dans le larynx, dans le foie, dans la rate, dans l'utérus, dans l'estomac, dans les intestins. Les cas de la forme anesthésique offrent à l'autopsie une infiltration de matière gélatineuse dans le tissu cellulaire de l'arachnoïde du cerveau et de la moelle épinière, et des adhérences entre ces parties et et la dure-mère. L'analyse chimique et microscopique a prouvé d'ailleurs que la maladie dépend d'une altération particulière du sang, laquelle détermine des dépôts tuberculeux dans la poitrine lorsqu'il s'agit de la reforme, et dans les centres nerveux dans la forme anesthésique. — Quant au traitement, je n'ai pas grand'chose à vous dire ; les praticiens se contentent de lotionner avec une lessive caustique les parties affectées de la lèpre tuberculeuse ; et dans la lèpre anesthésique, ils appliquent des sangsues et des ventouses le long de l'épine dorsale. Intérieurement, on administre l'iode, l'huile de foie de morue et l'arsenic à très faible dose. Il est des médecins qui croient que la lèpre est une maladie identique à la syphilis dégénérée. Agréez, etc.»

Orthopédie. — Dans un important mémoire qu'il vient de publier, M. Pravas apprécie dans les termes suivants la myotomie rachidienne : « Réduit à la juger par des considérations, *à priori*, puisqu'elle n'a encore produit en sa faveur aucun fait irréfragable, je ne pense point qu'elle ait des chances de s'introduire dans la pratique ordinaire de l'art. En effet, pour les déviations légères et récentes, on doit la regarder comme absolument superflue, puisqu'il est d'autres moyens de corriger ces difformités, moyens exempts de douleurs, et qui, s'adressant directement à la cause primordiale de l'affection, offrent toute probabilité d'y remédier. Quant aux déformations graves et anciennes, la myotomie n'a pas plus que l'extension continue, le pouvoir de rendre aux vertèbres l'épaisseur qui leur manque du côté de la concavité des courbures, et de corriger la torsion de l'épine. Or, peu importe que l'on supprime brusquement l'un des obstacles au redressement de cet axe, si l'on ne peu rétablir entre ses parties la symétrie qui est seule capable de maintenir la rectitude. »

Le travail de M. Pravaz se termine par les conclusions générales suivantes : « 1° Les déviations latérales de l'épine peuvent dépendre de plusieurs causes prédisposantes ou efficientes, telles que l'inégalité des membres inférieurs, l'engorgement des fibro-cartilages intervertébraux, une affection spasmodique des muscles rachidiens. Le plus grand nombre d'entre elles est le résultat d'un défaut d'harmonie d'accroissement du système osseux et celui du système musculaire. 2° Quelle que soit la cause qui détermine l'inflexion vicieuse du rachis, il est presque toujours possible de la combattre avec succès au début de la déformation. 3° Les seuls efforts de la nature conservatrice et médicatrice suffisent quelquefois pour arrêter les progrès de la déviation et même l'effacer complétement; mais il serait imprudent de compter exclusivement sur cette tendance orthomorphique de la force plastique. 4° Les conditions sous lesquelles certaines déviations commençantes guérissent sans intervention de la mécanique, nous indiquent la voie dans laquelle l'art doit entrer pour venir en aide au *nisus formativus* Ces conditions, qui ne sont autres que celles de la saine hygiène, doivent être élevées à une puissance relative à l'alanguissement des fonctions nutritives, source première des aberrations de la forme organique. 5° Dans les classes moyennes ou supérieures de la société, qui présentent, en général, une prédisposition plus grande aux déformations de la colonne vertébrale, ce n'est point le défaut d'une alimentation convenable qui s'oppose au développement régulier des formes du corps, mais bien l'insuffisance de l'assimilation. 6° Cette insuffisance dépend le plus ordinairement d'un vice primitif ou consécutif de l'hématose, qui ne permet pas une élaboration convenable des éléments nutritifs. 7° Deux modificateurs puissants peuvent être employés pour perfectionner la sanguification, et, par suite, la nutrition : ce sont la gymnastique médicale et l'inspiration fréquente de l'air condensé ; l'une et l'autre agissent en augmentant l'exhalation de l'acide carbonique, et la production de la fibrine. 8° Dans les déviations un peu prononcées de l'épine, les moyens organo-plastiques, empruntés à la matière de l'hygiène, ne suffisent plus pour amener la guérison ou l'atténuation de la difformité ; il faut leur associer l'emploi d'appareils mécaniques. 9° Ces appareils doivent agir plutôt en inclinant l'épine en sens contraire de sa déviation qu'en distendant violemment le système ligamenteux ; leur application doit aussi se concilier avec la possibilité d'efforts musculaires simultanés. 10° Lorsque le rayon de courbure des inflexions alternatives que décrit le rachis est très court, la perte de substance des vertèbres, du côté de chaque concavité, est à peu près irréparable, et l'on ne saurait obtenir un redressement notable de l'épine. 11° Dans ces cas graves, le problème orthopédique doit être posé au-

trement qu'on ne l'a fait; il peut être formulé en ces termes : *A.* Incliner, à l'égard du bassin, la igne axuelle qui coupe les flexuosités de l'épine, sous un angle propre à rétablir le niveau des épaules ; *B.* redresser la courbure des côtes qui constitue la gibbosité dorsale. 12° La seconde et la plus importante de ces modifications ne peut être opérée d'une manière satisfaisante et durable qu'à la condition de développer le poumon en même temps que l'on dilate la cavité thoracique. 13° L'exercice musculaire simultanément combiné avec l'action des appareils qui tendent à régulariser le thorax, et l'emploi journalier du bain d'air comprimé, sont jusqu'ici les moyens les plus efficaces que l'on ait employés pour effacer les gibbosités graves » (*Journ. de méd. de Lyon*, nov. 1844).

Cas de myélite spinale aigue avec amaurose; *par M. Pescetto, médecin à l'hôpital de Gênes.* — Un homme âgé de quarante-deux ans, paysan robuste, détenu au bagne de Gênes depuis quatre ans et demi, n'avait jamais fait de maladie, et il travaillait dans l'établissement comme tourneur dans la filature de chanvre et à la corderie. Souvent il s'était trouvé exposé à des courants d'air froid et humide lorsque son corps était couvert de sueur. A la suite de cette exposition, il a commencé à sentir des douleurs vagues par tout le corps, plus particulièrement au dos, avec un sentiment de pesanteur à l'occiput et une ambliopie légère, crépusculaire. Ces premiers symptômes il les a supportés sans se plaindre, avec une tolérance extraordinaire. En peu de jours, les douleurs sont devenues intolérables, l'ambliopie s'est convertie en amaurose complète, et le malade s'est fait recevoir à l'infirmerie le quatorze mars. A l'examen, on a trouvé l'état suivant : physionomie rétractée, exprimant une souffrance excessive; cécité amaurotique complète; douleurs sourdes et profondes à la base du crâne, à la nuque, entre les épaules; insomnie depuis plusieurs jours, agitation générale, inquiétude; respiration difficile, torpeur dans les bras; le coucher en supination est douloureux au dos; pouls fébrile, mais variable et faible, anorexie, constipation. On diagnostique une rachialgite avec congestion encéphalique (saignée abondante du pied, purgatif). 2e *jour*, l'insomnie a continué, le col est rigide, ses mouvements sont cruellement douloureux; des secousses convulsives existent de temps en temps au tronc et aux bras; le malade se plaint d'un sentiment de combustion à la tête et de suffocation à la poitrine; l'amaurose persiste au même degré; l'agitation et l'anxiété cardiaque sont plus grandes; pouls plus régulier, mais dur et contracté (saignée du bras matin et soir). — 3e *jour*, le sang de la veille offre une couënne épaisse et résistante, peu de sérum; persistance des mêmes symptômes que la veille, qui semblent avoir empiré; l'agitation et l'anxiété se sont converties en une sorte d'effroi accompagné d'oppression inexprimable à la région précordiale (quatrième saignée, vingt quatre sangsues le long du dos, boisson émétisée). — 4e *jour*, le sang de la veille est coëunneux et contient un peu plus de sérum; les douleurs au dos et au cou, qui avaient été jusqu'à présent lancinantes et gravatives, se sont un peu mitigées à la suite de la saignée et d'une abondante transpiration qui s'en était suivie dans la nuit; le décubitus dorsal est moins douloureux, mais l'anxiété cardiaque est toujours alarmante; l'insomnie et l'amaurose persistent. On suspend la potion émétisée, parce qu'elle est peu tolérée; on la remplace par une tisane rafraichissante. On prescrit la cinquième et la sixième saignée. — 5e *jour*, mieux; les douleurs se sont amendées, ainsi que les contractions spasmodiques au cou, au dos, aux bras; le malade se trouve restauré par un peu de sommeil qu'il vient de goûter; la vue commence à s'éclaircir, l'oppression est moindre, pouls développé; les mouvements du cou et du tronc sont moins embarrassés, la transpiration continue. Le malade se plaint cependant de douleur à l'épigastre; langue couverte d'une couche épaisse. On prescrit une septième et une huitième saignée, 12 grammes (4 onces) d'huile d'olive. Du septième au huitième jour, la vue revient presqu'à l'état naturel. Amélioration progressive sous tous les rapports. (Suivent d'autres détails). Guérison vers le douzième jour; puis récidive, par l'action du froid pendant la convalescence; le malade a fini par guérir vers le dix-huitième jour. (Gior. della Soc. med.-chir. de Torino, nov.

— La circonstance la plus remarquable dans cette observation, c'est l'existance de l'amaurose comme symptôme concomitant de la myélite. A ce point de vue le fait est au nombre des cas rares. L'auteur a parfaitement compris qu'il ne fallait pas s'occuper directement de la cécité amaurotique, et que toute la médication devait être dirigée sur l'affection de la moelle. Le résultat a prouvé que M. Pescetto n'avait pas trop présumé de l'efficacité de ses saignées répétées avec une hardiesse louable. L'auteur ne paraît avoir remarqué aucune influence de la maladie cervicale sur l'état des organes génitaux. On se demande, au reste, pourquoi cette phlogose de la moelle ou de ses membranes ne détermine pas la trismus ou le tétanos proprement dit. Il y a probablement dans ces affections des différences de siége dans le travail phlogistique, et que nous ne connaissons pas encore.

TRANSACTIONS ACADÉMIQUES.

Dans sa séance générale du 17 décembre 1844 l'Académie royale de médecine de Paris a proposé, pour les prix à distribuer en 1846, les sujets suivants :

Prix de l'Académie. — Faire connaître la composition de la bile dans l'état physiologique; exposer les principales altérations dont ce liquide est susceptible, et les moyens chimiques de les reconnaître; indiquer les causes de ces altérations et les modifications morbides qu'elles peuvent exercer sur l'économie; les moyens séméiologiques de les apprécier et le traitement qui leur convient. — Le prix sera de 1,500 fr.

Prix fondé par M. le baron Portal. — « Des altérations du système lymphatique dans le cancer. » — Les concurrents auront à rechercher, par tous les moyens d'investigations connus, le rôle que joue le système lymphatique dans le cancer. Ils étudieront l'état des vaisseaux et des ganglions lymphatiques, à toutes les périodes des diverses espèces de cancer : dans les tumeurs cancéreuses; dans le voisinage et au loin de ces tumeurs; autour des ulcères cancéreux, etc. Ils s'attacheront à éclairer le diagnostic des ulcérations cancéreuses du système lymphatique, et à signaler les causes qui favorisent le développement ou les progrès de ces altérations. Enfin, ils déduiront de ces nouvelles études toutes les applications pratiques qu'elles pourront fournir. — Ce prix sera de 1,500 fr.

Prix fondé par madame M.-E. Bernard de Civrieux. — Madame Bernard de Civrieux ayant mis à la disposition de l'Académie un prix annuel pour l'auteur « du meilleur

ouvrage sur le traitement et la guérison des maladies provenant de la surexcitation nerveuse, » l'Académie propose pour sujet du prix : « Du suicide. » — Ce prix sera de 1,200 fr.

Les mémoires pour ces trois concours, dans les formes usitées et écrits lisiblement, doivent être envoyés, francs de port, au secrétariat de l'Académie avant le 1er mars 1845.

Prix fondé par M. le docteur Itard, membre de l'Académie de médecine. — *Extrait du testament :* « Je lègue à l'Académie royale de médecine une inscription de 1,000 f. à 5 p. 100, pour fonder un prix triennal de 3,000 fr., qui sera décerné au meilleur livre ou meilleur mémoire de *médecine pratique* ou de *thérapeutique appliquée ;* et pour que les ouvrages puissent subir l'épreuve du temps, il sera de condition rigoureuse qu'ils aient au moins deux ans de publication. » Ce prix, dont le concours est ouvert depuis le 22 mars 1843, sera décerné en 1846.

Prix fondé par M. le marquis d'Argenteuil. — Extrait du Testament : « Je lègue à l'Académie de médecine de Paris la somme de 30,000 fr. pour être placée, avec les intérêts qu'elle produira du jour de mon décès, en rente sur l'État, dont le revenu accumulé sera donné tous les six ans à l'auteur du perfectionnement le plus important apporté, pendant cet espace de temps, aux moyens curatifs des rétrécissements du canal de l'urètre. Dans le cas, mais dans ce cas seulement, où pendant une période de six ans cette partie de l'art de guérir n'aurait pas été l'objet d'un perfectionnement assez notable pour mériter le prix que j'institue, l'Académie pourra l'accorder à l'auteur du perfectionnement le plus important apporté, durant ces six ans, au traitement des autres maladies des voies urinaires. — Ce prix, dont le concours est ouvert depuis le 22 septembre 1844, sera décerné en 1850; sa valeur sera de 8,238 fr., plus des intérêts successifs des revenus annuels cumulés pendant ces six années.

N. B. Tout concurrent qui se sera fait connaître directement ou indirectement avant le jugement, sera, par ce seul fait, exclu du concours. (Décision de l'Académie, du 1er septembre 1838.) — Les concurrents aux prix fondés par MM. Itard et d'Argenteuil sont exceptés de cette disposition.

L'Académie croit devoir rappeler ici les sujets de prix qu'elle a proposés pour 1845.

Prix de l'Académie. « Faire l'histoire de l'emphysème du poumon; établir les analogies et les différence entre cette affection et l'asthme. » Ce prix sera de 1,500 fr.

Prix Portal « De l'analogie et des différences entre les tubercules et les scrofules. » — Ce prix sera de 1,500 fr.

Prix Civrieux. Madame Bernad de Civrieux ayant mis à la disposition de l'Académie un prix annuel pour l'auteur « du meilleur ouvrage sur le traitement *et la guérison* des maladies provenant de la surexcitation nerveuse, » l'Académie propose pour sujet de prix : De l'hystérie. — Ce prix sera de 1,200 fr.

FAITS CRITIQUES.

Chlorure d'or. — *A monsieur le docteur* Chrestien, *professeur agrégé à l'école de Montpellier.*

Monsieur et très honoré confrère. — Dans la seconde lettre que vous me faites l'honneur de m'adresser par l'organe de votre estimable journal du 15 décembre, vous dites que je vous ai porté un défi sur la valeur thérapeutique des composés auriques, et que vous êtes prêt à descendre sur l'arène d'un combat clinique. Avant d'entrer moi-même dans la lice que vous m'offrez, permettez-moi de vous faire observer que l'attaque est partie de votre part; vous m'avez fait l'honneur de taxer mon travail sur les préparations d'or, de légèreté, d'erreur grossière, etc.; j'ai dû naturellement vous inviter à vouloir bien prouver vos assertions par des faits cliniques. Il ne s'agit donc pas d'un défi de bravoure, mais bien d'une condition essentielle pour connaître la vérité. Je regrette que vous n'ayez pas cru devoir reproduire ma réponse; vos lecteurs doivent trouver que vous seul avez raison, puisque vous leur laissez ignorer les raisons contraires aux vôtres.

Il résultait de votre première épître et da ma réponse, que vous étiez tenu à prouver deux choses, savoir : 1° que la poudre d'or fût un remède, un remède énergique, dangereux même selon vous; 2° que les composés pharmaceutiques de ce métal, en particulier le chlorure, étaient excitants, stimulants, enflammants, incendiaires. Tels sont les termes précis de la controverse. — En réponse à ces questions, vous reproduisez aujourd'hui, purement et simplement, les quatre premières observations du livre de M. Legrand. Je les accepte, puisque vous ne trouvez rien de mieux quant à présent, et je présume qu'à l'exemple des grands orateurs, vous réservez vos propres observations, vos meilleures arguments pour le fin, afin sans doute de laisser une profonde sensation en votre faveur. Ces quatre faits de M. Legrand ne signifient absolument rien, non seulement au point de vue des deux problèmes qu'il s'gît de résoudre, mais encore sous tout autre rapport général ou particulier, ainsi que vous allez le voir.

Les trois premières observations que vous invoquez se rapportent à des individus atteints de chancres syphilitiques primitifs, avec ou sans bubons également primitifs. On les a traités à l'aide de topiques émollients, de cautérisations répétées, et du chlorure d'or à petites doses intérieurement, ou frictionné sur la langue. La guérison a eu lieu au bout d'un temps plus ou moins long qu'on n'indique pas; et il n'y a pas eu de vérole secondaire. La quatrième observation enfin est relative à une ophthalmie avec taches de la cornée sur un enfant de quatre ans, qu'on soupçonnait avoir une syphilis héréditaire. Ce soupçon était basé sur ce que le père avait eu autrefois une blenorrhagie et que l'enfant avait, dit-on, donné un chancre à sa nourrice, sur le téton. On lui administra également le chlorure d'or par petites doses, et il a fini par guérir. Telle est la substance de vos faits.

D'abord, je vous avoue que je suis surpris de ne trouver dans ces observations le moindre trait relatif à la poudre d'or. Comment se fait-il donc que cette poudre, qui devait m'écraser d'après votre première lettre, se soit aujourd'hui envolée de vos mains comme par un coup de vent? Vous vous retranchez sur le chlorure d'or que j'avais moi-même regardé comme la meilleure préparation aurique! Votre silence sur ce premier point ne serait-il pas un aveu tacite de défaite? Je crains, en vérité, qu'on ne puisse pas appliquer dans un certain sens à la poudre d'or, ce que Romazzini disait de Berengarius de Carpi, à propos du mercure, savoir : qu'il avait su, par l'immense fortune qu'il avait acquise, en appliquant le premier le mercure contre la syphilis, transmuer, mieux que les alchimistes, le mercure en or par une véritable métamorphose. (Maladies des artisans, ch. 3.) Je veux dire par là qu'on ne peut, jusqu'à présent, rétorquer l'argument et appliquer à la poudre d'or ce qu'on disait du mercure, car les cures de cette poudre sont encore problématiques.

Ensuite, que signifient des guérisons de chancres primitifs à l'aide du chlorure d'or ou de tout autre médicament?

Ces maladies guérissent presque toujours, même alors qu'on se contente de pansements méthodiques à l'eau fraîche et de quelques soins hygiéniques. A l'hôpital des vénériens à Paris (Ricord), au Val-de-grace, dans une foule d'hôpitaux en Angleterre et ailleurs, on ne les traite pas autrement; on y ajoute seulement quelques cautérisations, des topiques aromatiques ou d'autre espèce, selon les cas; mais jamais on ne fait de traitement spécifique intérieur, hors les cas exceptionnels, et généralement la guérison a lieu. La récidive peut sans doute survenir, mais outre qu'elle est loin d'être constante, elle est indépendante du traitement primitif, puisque la syphilis secondaire s'observe également chez ceux qui ont subi primitivement un traitement mercuriel complet. En conséquence, des chancres guéris à l'aide des composés auriques, sont des chancres guéris à l'eau fraîche. Voilà pourquoi j'avais l'honneur de vous dire que ces faits, par vous invoqués, étaient inconcluants. Quant à la quatrième observation, elle ne prouve pas davantage, par la raison que le cas est équivoque. On ne comprend pas, en effet, une prétendue vérole héréditaire causée par une blénorrhagie, ni une syphilis congénitale transmissible, par contagion, de l'enfant à la nourrice. Ce sont là de vieilles croyances démenties par les recherches modernes. Ajoutons, quant à la kératite, que ce mal est aussi au nombre de ceux qui guérissent souvent par le seul usage de l'eau fraîche.

A côté de ces remarques critiques, il s'en présente une autre bien autrement grave : c'est qu'on ne voit nulle part dans les faits ci-dessus la prétendue action stimulante du chlorure d'or. Singulière logique qui regarde comme excitant, incendiaire, un remède qu'on dit guérir une phlogose érosive et suppurante, bien que spécifique, comme le chancre primitif et le bubon! J'attendrai, par conséquent, monsieur et très honoré confrère, que vous veuillez bien produire en plein jour les nombreux faits qui vous sont propres et qui doivent prouver le contraire des déductions que j'ai établies dans mon travail. Jusque là je serai obligé de prendre votre silence pour une adhésion à ces déductions, ou, ce qui revient au même, ppur une reconnaissance tacite des erreurs que j'ai combattues. — Agréez, etc,

ROGNETTA.

BIBLIOGRAPHIE.

CAUSES GÉNÉRALES DES MALADIES CHRONIQUES, *spécialement de la phthisie pulmonaire, etc.*; par A. Fourcault, Dr.-M. Un vol. in-8° de 480 pages; Paris, 1844; chez Dusillon, éditeur, rue du Coq-St-Honoré, n° 13.

L'ouvrage dont nous allons rendre compte prend de mire une étude spéciale du plus grand intérêt : nous voulons parler des causes prédisposantes et déterminantes de la tuberculisation pulmonaire, et partant il s'écarte de la stérile routine généralement suivie jusqu'à ce jour, savoir : de la méditation des organes après la mort, pour s'élever à un ordre d'observations tout-à-fait nouvelles, bien autrement fertiles en résultats utiles. L'auteur, déjà connu pour ses belles recherches expérimentales sur l'influence des fonctions de la peau sur les organes intérieurs, et que l'Académie des sciences a honorées naguère d'une récompense, a appliqué les résultats pratiques qu'il avait obtenus de ses expériences à l'étude de la phthisie chez l'homme et les animaux. Il a, pour cela, entrepris des voyages dans des villes manufacturiéres de France et de l'étranger, parcouru les fabriques de toutes espèces, les ateliers, les mines, les prisons; interrogé les médecins de ces localités, des grands hôpitaux et de différents autres lieux où vivent ensemble un grand nombre d'individus, et partout il a trouvé confirmée cette loi générale : que là où l'organe cutané est peu exercé et entouré d'un air froid et humide, là la phthisie faisait les plus grands ravages; partout, au contraire, où les fonctions dermiques étaient activées par l'exercice corporel au grand air, là la phthisie devenait de plus en plus rare. Tel est le fait fondamental qui domine tout le livre de M. Fourcault. Suivons-le dans quelquei-uns des nombreux développements de ce système.

L'ouvrage est divisé en deux sections dont chacune est partagée en un grand nombre de chapitres. Dans la première, l'auteur étudie les faits particuliers et en tire des conclusions favorables à son système; dans la seconde, il s'élève à des considérations d'un ordre transcendent. Les citations suivantes vont nous donner la clé du mode d'interprétation, propre à l'auteur, des faits généraux relatifs aux causes de la phthisie. « La phthisie est, dit-il, très rare chez les agriculteurs, chez les artisans qui exercent énergiquement leurs membres; elle attaque, au contraire, presqu'exclusivement les personnes qui sont sédentaires, qui sont habituellent dans les habitations, qui n'exercent que leurs mains ou leurs doigts, et qui ne s'exposent point habituellement à l'air libre et, par conséquent, aux vicissitudes de l'atmosphère. Ainsi, la phthisie et les maladies tuberculeuses, en général, sévissent presqu'exclusivement parmi les couturières, les lingères, les repasseuses, les brodeuses, les fileuses, les tisserands, les tailleurs, les tourneurs. La consomption pulmonaire exerce surtout ses ravages dans la classe bourgeoise, chez les jeunes personnes ou chez les femmes dont la vie est inactive; tandis que les bouchers, les forgerons, les charrons, les charpentiers, les menuisiers, les marchands de bestiaux, les cantonniers, les charretiers, enfin les journaliers, les femmes qui s'exposent dans les campagnes aux vicissitudes ds l'atmosphère et anx rigueurs des saisons, en sont généralement exempts. Dans les climats et dans les lieux où l'humidité n'exerce point son influence funeste, cette loi est générale, et les exceptions viennent confirmer la règle.... Il y a plus, les individus exposés à l'humidité, seulement pendant leurs travaux, ne deviennent presque jamais phthisiques ni scrofuleux, lorsqu'ils exercent avec énergie leurs forces physiques; les tanneurs, les laveurs de laines dans les manufactures, les blanchisseuses, les teinturiers, les savonniers, offrent cet exemple remarquable bien constaté par la statistique. L'influence expansive et sudorifique de l'exercice musculaire suffit pour les préserver de la consomption pulmonaire, etc.»

A la lecture de ces simples énoncés, que l'auteur commente et développe dans la suite de l'ouvrage, on est frappé, d'une part, de l'exactidude des faits; de l'autre, de la doctrine qui les domine. On se demande naturellement s'il n'y a pas entraînement systématique, absolutisme, exclusivisme trop grand et, par conséquent, probabilité d'erreur dans cette manière d'*expliquer* les faits. Nous soulignons le mot expliquer, car il ne s'agit que d'une explication, d'une doctrine. Il est vrai que cette doctrine est basée sur les expériences de l'auteur, mais ces expériences peuvent être contestables, tandis qu'il n'en est peut-être pas de même des déductions physiologiques. M. Fourcault rejette toutes les autres causes connues de la phthisie, ou du moins il ne les regarde que comme secondaire, et il ramène le tout à un jeu de transpiration, ce qui le conduit à encourager la médecine humorale. A part la doctrine, le livre que nous faisons connaître n'en reste pas moins comme un recueil précieux de faits d'hygiène générale. Comme tel, on peut, sans rien exagérer, en recommander avec confiance la ecture aux médecins de toutes les classes, de toutes les écoles.

PARIS.— IMPRIMERIE DE LACOUR ET COMP.,
Rue Saint-Hyacinthe-Saint-Michel 33.

Deuxième Année. Ce Journal paraît le Ier de chaque mois. N° 11. — Février 1845.

ANNALES DE THÉRAPEUTIQUE

MÉDICALE ET CHIRURGICALE ET DE TOXICOLOGIE.

Cette publication a pour but d'approfondir l'étude des Médicaments, des Poisons, des Eaux minérales, et de faire connaître avec exactitude la Pratique des Hôpitaux de Paris.

REVUE MENSUELLE DES HÔPITAUX.

PUBLIÉES PAR

M. le Docteur ROGNETTA,

Ancien Rédacteur de la *Gazette Médicale* et de la *Gazette des Hôpitaux*.

L'abonnement est de
Pour Paris. . . 10 fr.
Pour la Province 12
Pour l'Étranger. 14

On s'abonne à Paris,
Chez
LE RÉD. EN CHEF,
Rue des Petits-Augustins, 15 bis.

« Pour moi, je crois qu'un seul homme peut embrasser toutes les parties de l'art; et, puisqu'on les a divisées, je » fais surtout cas de celui qui réunit le plus de connaissances qui le concernent. »

(Celse, liv. 7. c. 1.)

ÉTUDES SUR LES EAUX MINÉRALES.

« Les eaux minérales sont une richesse dont on doit compte à l'humanité.
»Alibert.»

—

Eaux iodurées et bromurées.

Recherches expérimentales sur les eaux de Challes (en Savoie); *par M. Bonjean, pharmacien à Chambéry.*

La nature et la quantité des principes qui minéralisent les eaux sulfureuses alcalines, et bromées de Challes, dont la découverte est due à M. le docteur Domenget; l'importance toujours croissante que prend ce nouvel agent thérapeutique; l'utilité, en un mot, de porter cette découverte à la connaissance du public, dans l'intérêt des sciences chimique et médicale, du pays et de l'humanité, tels sont les motifs qui m'ont engagé à entreprendre sur ces eaux une série d'expériences, dans le but de m'assurer de leur exacte composition et de leur action sur l'économie animale. Dans la savante analyse qui a été faite de ces eaux par M. O. Henry, chef des travaux chimiques de l'Académie royale de médecine de Paris, la quantité d'iode et de brome qu'elles renferment avait été évaluée par des données approximatives, et non dosée d'une manière rigoureuse. J'ai d'abord cherché à combler cette lacune. A l'aide d'opérations convenables, j'ai pu retirer de 85 litres d'eau de Challes, 80 centig. (16 grains) d'iode pur et cristallisé, que j'ai eu l'honneur de présenter à la Société royale académique de Savoie, dans sa séance du 21 avril dernier. Or, 16 grains d'iode en représentent 20,96 d'iodure de potassium, ce qui fixe définitivement la proportion de ce sel à un quart de grain par litre d'eau minérale. J'ai également obtenu de 30 litres de cette eau, convenablement traitée par le nitrate d'argent, 260 grains de bromure argentique, d'un jaune pur, et complètement séparé de l'iodure et du chlorure d'argent, que le nitrate de cette base avait aussi précipités. — 260 grains de bromure d'argent contiennent 65 grains de brome, qui en représentent à leur tour 103,65 de bromure de sodium, ce qui fait, par litre, trois grains et demi de ce sel. Ainsi donc, les eaux de Challes renferment pour 1,000 gram. ou un litre : Iodure de potassium, 1/4 de grain ou 1/73000; bromure de sodium, 3 1/2 grains ou 1/6000. Sous le seul rapport de l'abondance du principe sulfureux, les eaux de Challes sont certainement les plus riches qui soient connues. Si l'on fait abstraction de la présence de l'iode et du brome, leur nature se rapproche beaucoup de celle des eaux des Pyrénées, qui sont depuis des siècles si justement vantées et recherchées par certains malades. Comme ces dernières, les eaux de Challes contiennent du sulfure de sodium, mais dans une proportion bien supérieure, ce dont on peut juger par le tableau suivant :

1° Source de Challes (Henry, juillet 1842), 0,268.
2° Sources de Bagnères-de-Luchon (docteur Gentrac, août 1841). 0,017; 0,039; 0,040; 0,043; 0,053; 0,079.
3° — de Barèges : 0,018; 0,024; 0,037; 0,043.
4° — de Cadeac et Labas^re : 0,042; 0,068; 0,076.
5° — de Bonnes : 0,019; 0,021.
6° — de Cauterets : 0,018; 0,019.
7° — de St-Sauveur : 0,019; 0,022; 0,024.
8° — d'Aix : 0,016; 0,024; 0,029; 0,031.

Comme il est aisé de le voir, les eaux de Challes tiennent incontestablement le premier rang parmi les eaux sulfureuses. En en mêlant un litre à 8 ou 9 litres d'eau de fontaine, on se procure de suite et facilement les eaux de Bonnes, de Barèges, de Bagnères-de-Luchon, etc.; et quoique infiniment plus riches en principes sulfureux que les eaux des Pyrénées, elles n'en ont pas les inconvénients, car elles sont de facile

digestion et supportées par les personnes faibles et irritables. Plusieurs fois j'en ai bu moi-même un litre dans l'espace de trois-quarts d'heure, sans avoir jamais éprouvé aucun malaise, aucune perturbation notable dans les fonctions digestives ou autres. Les eaux de Challes sont essentiellement dépuratives, cicatrisantes et fondantes. Cette vérité est aujourd'hui mise hors de doute par les succès obtenus dans de nombreux cas d'ulcères dartreux, scrofuleux et autres, qui s'étaient montrés rebelles à toute espèce de médication, et même à des cures entreprises à diverses époques par des eaux sulfureuses réputées. Je me contenterai de signaler la guérison de trois militaires affectés, l'un d'une tumeur blanche au pied, avec carie des os du métatarse; l'autre de dartres, d'ulcères scrofuleux, d'engorgement glandulaire et d'ophthalmie purulente; le troisième enfin, d'une dartre ulcéreuse et rongeante qu'il portait depuis cinq ans sur l'abdomen et le pli des aînes. En ce moment même, deux malades affectés d'éléphantiasis, envoyés aux eaux de M. le docteur Domenget par des médecins distingués de Paris, ont éprouvé déjà une amélioration très remarquable depuis un mois environ qu'ils en font usage. Si, comme cet heureux début le fait espérer, ces deux malheureux parviennent ainsi à se guérir de cette horrible maladie, cette cure sera sans contredit une des plus remarquables qui se soient opérées sous l'influence d'une eau minérale. Si les eaux de Challes ont la propriété de fondre les glandes endurcies, les tubercules, etc., elles sont en outre très précieuses dans certaines affections qui esquivent le plus souvent la puissance de l'art et les efforts du médecin : je veux parler de la gravelle et des pierres qui se forment dans la vessie. Ces cruelles maladies, pour lesquelles on est souvent obligé d'en venir à des opérations douloureuses, difficiles et dangereuses, prennent très probablement leur source dans la présence d'un excès d'acide urique, qui forme la base de ces sortes de concrétions; et ces produits n'auraient peut-être jamais lieu, si l'on pouvait entretenir nos humeurs dans un état permanent d'alcalinité. C'est précisément sous ce rapport que les eaux de Vichy ont acqu s la réputation de *fondantes* dont elles jouissent. Plusieurs savants distingués ont prouvé en effet, par un grand nombre d'expériences, que ces eaux ont la propriété d'imprimer à nos humeurs un caractère alcalin.

Les succès obtenus par les eaux de Challes dans le genre d'affection dont je viens de parler, m'ont engagé à constater, sous ce point de vue, leur degré d'analogie avec les eaux de Vichy. Pour atteindre ce but d'une manière rationnelle, j'ai entrepris de les essayer sur moi-même, pendant quatre mois consécutifs. J'expose ici un résumé succinct d'une partie de mes expériences à ce sujet. 1° En buvant dans la journée un litre d'eau de Challes, par verrées, de deux en deux heures, l'urine rendue cinq à six heures après l'ingestion du premier verre, a déjà perdu son acidité; elle est alors complètement neutre, et acquiert bientôt une réaction alcaline bien sensible. Pendant la durée du traitement, l'urine conserve son état alcalin; mais elle reprend son acidité ordinaire dès qu'on cesse l'emploi de l'eau minérale. L'alcalinité ne se borne pas aux urines, elle s'étend encore à la transpiration et aux autres sécrétions; 2° L'urine se dépouille de tout son principe colorant; elle est rendue aussi limpide que de l'eau, et ne laisse point déposer de mucus; 3° En devenant alcaline, l'urine contient en outre de l'iode et du brome dont l'eau de Challes renferme des quantités assez notables; cinq à six heures suffisent pour permettre à ces corps d'arriver ainsi, par l'absorption, jusque dans les voies urinaires. On peut même, sans concentrer l'urine, constater par l'acide nitrique la présence de l'iode (1), dont elle conserve pendant six à sept jours des traces évidentes. J'ai pu également reconnaître l'iode dans ma salive pendant cinq à six jours; 4° Si au lieu de boire, comme précédemment, un litre d'eau de Challes dans la journée et par intervalles, on en boit la même quantité dans l'espace d'une à deux heures, les résultats varient singulièrement. Ainsi, dans ce cas, l'eau ayant été bue de six heures et demie à huit heures du matin, l'urine rendue à huit heures 3/4 était déjà limpide, incolore comme de l'eau, et privée de toute acidité; à une heure, elle contenait de l'iode et du brome; à trois heures, elle reprenait sensiblement sa couleur et son acidité, et deux jours après, elle ne renfermait plus ni iode ni brome. Pendant toute la durée de l'expérience, il m'a été impossible de reconnaître dans ma salive la présence de l'iode; 5° Comme on le voit, l'absorption a été plus prompte dans le dernier cas, mais elle a cessé beaucoup plus vite. Ces résultats pouvant conduire à d'utiles conséquences pour la manière d'administrer les médicaments, j'ai cherché à les confirmer par des essais du même genre, dont voici un exemple : Le 14 janvier 1843, étant à jeun depuis la veille, j'avalai à neuf heures du matin et en une seule fois, cinq grains d'iodure de potassium dissous dans deux onces d'eau. A midi et demi, mon

(1) Voyez mon procédé pour reconnaître l'iode par l'acide nitrique, Comptes rendus à l'Institut royal de France, séance du 29 mai 1843; *Journal de pharmacie de Paris*, juillet 1843; et le N° 63 du *Courrier des Alpes*. Le 18 août courant, j'ai répété ce procédé à Aix, en présence d'un grand nombre de personnes, parmi lesquelles je puis citer MM. les docteurs Garbiglieti, médecin de S. M. la reine Marie-Christine; Despine père, médecin-inspecteur de l'établissement; Domenget et Berthier, etc.; et tous ont pu se convaincre de son extrême sensibilité. Avec *quatre gouttes* seulement d'eau de soufre, j'ai pu facilement démontrer la présence de l'iode d'une manière visible pour tout le monde, tandis qu'avec les meilleurs procédés connus jusqu'ici, il ne fallait pas moins de *vingt-cinq à trente litres d'eau* pour arriver au même résultat; et en modifiant un peu mon procédé, je suis parvenu à constater pour la première fois la présence du brome dans les eaux de soufre et d'alun de la source Fleury. Une once d'eau minérale suffit au delà pour obtenir du brome pur, et dans tous les cas, l'expérience ne dure pas *une minute*.

urine contenait déjà de l'iode, dont on ne retrouvait plus de traces vingt-huit heures après l'expérience; ma salive en a fourni pendant dix-sept heures seulement. Toute la journée du 14, j'ai été en proie à une abondante salivation; 6° Quelle que soit la manière dont l'eau de Challes soit prise à l'intérieur, le sulfure alcalin qu'elle renferme est immédiatement décomposé dans l'organisme sous l'influence de l'oxigénation; il se transforme en hypo-sulfite de soude, et arrive tel dans les urines, où il est facile de le reconnaître par l'analyse. En effet, les urines ne noircissent jamais par l'acétate de plomb, ce qui arriverait nécessairement si elles contenaient encore quelque parcelle de sulfure non décomposé; tandis que la teinture d'iode et d'amidon y dénotent aisément une grande proportion d'hypo-sulfite, 7° Malgré les recherches les plus minutieuses, je n'ai pu, dans aucun cas, reconnaître l'iode et le brome dans la transpiration.

D'après les résultats obtenus dans les expériences précédentes, on peut hardiment conclure que l'eau de Challes, éminemment alcaline, doit jouir d'une efficacité incontestable dans la gravelle, et, par analogie, dans le traitement de la goutte, puisqu'elle a la propriété de neutraliser l'acide urique, qui prédomine dans ces deux affections, dont la cause prochaine est identique. Pour ce qui regarde son administration, comme le succès d'un remède dépend en grande partie de la manière dont il est absorbé, l'eau de Challes devra être bue par petite quantité à la fois, avec la précaution de laisser toujours une à deux heures d'intervalle entre chaque verrée. Nous avons vu précédemment qu'en mettant un jour à boire un litre de cette eau, l'absorption avait duré six à sept jours, tandis que tout phénomène de cette nature avait cessé au bout de quarante-huit heures, en buvant la même quanti é de liquide dans l'espace d'une heure et demie. Ces résultats, que personne, je crois, n'avait encore cherché à obtenir, semblent confirmer ce grand principe : que l'absorption des remèdes est d'autant plus parfaite qu'ils sont administrés à plus petites doses. Sans me permettre de chercher à connaître les limites de cette doctrine, je me contente de signaler les faits, laissant à la sagacité et aux lumières des médecins d'en tirer les conséquences qu'ils croiraient pouvoir être utiles à la pratique médicale.

Toutes les eaux sulfureuses s'altèrent au contact de l'air. Les eaux de Challes subissent donc la conséquence de cette loi toute chimique, mais à un degré bien inférieur à celui qui atteint, dans la même circonstance, toutes les eaux du même genre, parce que cette altération est d'autant moins rapide, que l'eau est plus riche en sulfure alcalin. L'oxigène atmosphérique étant ainsi l'agent le plus actif de la décomposition du principe sulfureux des eaux minérales, il importe de les garantir le plus possible du contact de l'air. Les eaux de Challes, mises convenablement en bouteilles, qu'on aura soin de tenir couchées, peuvent se conserver plus d'une année sans éprouver de modification essentielle dans leur constitution. Mais lorsqu'une bouteille a été débouchée et que son contenu ne doit pas être consommé dans la journée, il est bon de transvaser l'eau dans de petits flacons, qui en seront remplis le plus exactement possible, bien bouchés et tenus couchés. Sans cette précaution, l'eau se trouble, jaunit par le passage du soufre du sulfure neutre à l'état de polisulfure, et finit par déposer un léger précipité de soufre mêlé à des traces de matière organique et de carbonate de chaux. Les eaux les plus précieuses de la chaîne des Pyrénées, telles que celles de Bonnes, de Barèges, de St-Sauveur, de Cauterets, etc., et qui ont, sous le rapport du principe sulfureux, beaucoup d'analogie avec les eaux qui nous occupent, se conservent si peu, qu'arrivées à Paris, elles sont déjà considérablement affaiblies. Dans un écrit récent sur les eaux minérales, un médecin de Paris, d'un nom connu, a très improprement comparé les eaux de Challes aux Eaux d'Enghien. Je dois relever ici une inexactitude qui peut induire le public en erreur, et deux mots suffiront pour faire comprendre à l'honorable docteur qu'il aurait pu puiser à meilleur source des renseignements plus conformes à la vérité. Les eaux d'Enghien doivent être considérée comme *eaux sulfureuses accidentelles*, formées par la décomposition du sulfate de chaux qu'elles renferment. Le soufre y est combiné au calcium, à l'état de sulfure, et on n'y trouve ni iode, ni brome, ni glairine. Les eaux de Challes, au contraire, appartiennent à la classe des *eaux sulfureuses naturelles*, le principe sulfureux y est beaucoup plus abondant que dans les eaux d'Enghien, et il y existe à l'état de sulfure neutre de sodium. Ces eaux contiennent en outre de l'iode, du brome et de la glairine (barégine), qui les rend douces, onctueuses et amies des tissus organiques, de la peau et des membranes muqueuses. Sous le rapport médical, les eaux de Challes possèdent donc incontestablement une grandes supériorité sur celles d'Enghien ; le sulfure de sodium qui les minéralise est un des plus puissants moyens curaritifs des maladies de la peau. Ce sulfure, uni aux carbonates, à l'iodure et au bromure alcalins, exerce sur l'organisme des effets vraiment remarquables : il augmente l'action vitale en défaut chez les enfants faibles et lymphatiques, et fait ainsi disparaître cette faiblesse apparente qui accompagne les affections strumeuses.

Les eaux de Challes sont aussi anti-vermineuses. Cette propriété s'explique facilement par la présence du sulfure alcalin, de l'iode et du brome, qui sont autant de poisons pour les entozoaires. A la dose d'un à trois verres, elles purgent le plus ordinairement les enfants au dessous de dix à douze ans, à qui elles font rendre les vers intestinaux qu'ils peuvent avoir. Prises à la dose même d'une à deux bouteilles par jour, elles produisent rarement chez les adultes un effet purgatif. Quand on veut attaquer dans sa racine une de ces affections graves qui désolent tant de familles, lorsqu'il s'agit, par exemple, de corriger un vice dar-

treux, scrofuleux, une disposition à la gravelle, une tendance à la goutte, etc., il ne faut pas perdre de vue que, pour en obtenir les succès désirables, le remède doit être continué pendant longtemps. C'est ainsi que de jeunes malades atteints d'écrouelles et n'ayant éprouvé aucune amélioration sensible après trente à quarante jours de traitement par les eaux de Challes, ont eu le bonheur de se trouver entièrement guéris après en avoir poursuivi l'usage pendant plusieurs mois. Un autre phénomène bien digne de remarque, c'est que les eaux de Challes n'ont aucune communication avec la surface du sol. Il en résulte cet immense avantage que les pluies les plus abondantes et les plus prolongées n'affaiblissent jamais leur degré de sulfuration, à quelque époque de l'année que ce soit. L'absence de cet inconvénient, que l'on rencontre dans plusieurs sources minérales, vient encore ajouter, s'il est possible, à l'intérêt d'une eau qui se recommande déjà par tant de titres à la reconnaissance des malheureux qu'elle est appelée à guérir.

Il n'existe pas d'établissement de bains à Challes, mais les malades peuvent facilement se faire traiter à Chambéry, ville fort agréable, qui se fait surtout remarquer par ses gracieuses promenades, les sites riants qui l'avoisinent et la douceur de son climat. Comme les eaux de Challes peuvent être facilement transportées sans altération, on peut aussi les prendre à Aix, concurremment même avec les eaux de ce superbe et royal établissement, ce qui s'est déjà fait cette année et se pratique encore aujourd'hui par un grand nombre de malades.

La haute protection accordée aux eaux de Challes par des illustrations parisiennes, le rapport favorable qui en a été fait à l'Académie royale de médecine de Paris, témoignent assez de leurs vertus curatives. M. le professeur Magendie a visité l'année dernière les sources de Challes. Cet illustre physiologiste a étudié attentivement la qualité des eaux, et, après les avoir employées, il les a classées parmi les meilleurs agents thérapeutiques. M. le professeur Chomel les prescrit journellement à ses malades. M. le docteur Gibert, médecin des hôpitaux de Paris, annonçait publiquement naguère, dans une de ses leçons, que les eaux de Challes l'emportaient sur toutes les autres eaux minérales connues, et qu'on ne pourrait jamais les imiter artificiellement. Ce praticien en a obtenu les plus heureux résultats dans les maladies de la peau, et il a vu des malades qui n'avaient jamais pu supporter aucune eau minérale, digérer parfaitement l'eau de Challes. Le docteur Desmaisons les a employées avec de vrais succès dans le catarrhe chronique des bronches et dans les affections scrofuleuses. A Lyon, plusieurs praticiens distingués, tels que MM. les docteurs Viricel, Gensoul, Bonnet, Levrat, Perroton, Richard de la Prade, Gilibert, Gauthier, etc., en ont aussi obtenu des résultats remarquables dans diverses affections chroniques, et notamment dans quelques cas de maladies du foie. A Turin enfin, elles sont depuis longtemps conseillées avec avantage par MM. les docteurs Riberi, Bertini, Griffa, Garbiglieti et par un grand nombre d'autres. En voilà assez pour donner une idée des sources précieuses que la nature a mises à notre disposition.

D'après l'analyse qui en a été faite sur les lieux même par M. O. Henry, en juillet 1842, l'eau de Challes contient, pour mille grammes ou un litre, savoir :

Principes volatils. Azote.		traces légères.
Pr. fixes. Chlor. de magnés.	0,0100	grammes.
Chlorure de sodium.	0,0814	
Bromure de sodium évalué.	0,0100	
Iodure de potassium id. (1)	0,0099	
Sulfure de sodium.	0,2950	Sel cristallisé 0,901
Carbonate de soude anhydre	0,1377	id. 0,342
Sulfate de soude anhydre. . } Sulfate de chaux peu. . . . }	0,0730	id. 0,1620
Silicate de soude.	0,0410	
Carbonate de chaux. . . . . } Carbonate de magnésie. . . } Carbonate de strontiane. . . }	0,0430 0,0300 0,0010	Tous les trois primitivement à l'état de bicarbonates.
Phosph. d'alum. et de chaux } Silicate d'alum. et de chaux. }	0,0580	
Sulf. de fer et de manganèse.	0,0015	
Glairine rudimentaire (matière organique azotée). .	0,0221	
Soude libre.	. . . .	sensible.
Perte.	0,0325	
Total.	0,8461	

DOCUMENTS HYDROLOGIQUES.

Action de la douche aux eaux de Barèges. — Le docteur Carmichaël, chirurgien irlandais très distingué, étant lui-même atteint d'une sciatique grave très compliquée, s'est rendu à Barèges pour se soumettre à l'action bienfaisante de ces eaux. Il a lu, à son retour en Irlande, une relation de son voyage à la Société de médecine de son pays, et il s'explique de la manière suivante sur l'action de la douche minérale. Nous reproduisons avec confiance les paroles de cet observateur, parce qu'elles sont dégagées de tout esprit de partialité, conditions assez rares quand il s'agit d'eaux minérales : « Après avoir séjourné un mois à Bagnères-de-Bigorre, je m'avançai, dit l'auteur, vers les montagnes de Barèges qui est situé à 4190 pieds au dessus du niveau de la mer, tandis que le premier établissement n'est élevé que de 1219 pieds. Je fus obligé d'attendre quinze jours à Barèges que l'inspecteur voulût bien me permettre la douche, tant était grand le nombre des personnes qui aspiraient à la même faveur ; cependant on n'accorde qu'une demi-heure à chaque individu, et les malades se succèdent jour et nuit sans interruption, attendant avec anxiété leur tour pour s'approcher de la source de la santé. Dans l'intervalle, je pris des bains chauds à la température de 36 degrés centigrades, et sous l'influence de cet agent thérapeutique, mon état s'améliora sensiblement. Mon tour de prendre la douche arriva enfin, et l'on me donna le choix entre la douce et la forte ; j'optai pour la dernière. Onze heures du soir fut le moment que l'on me désigna, et encore m'estimai-je fort heureux de pouvoir obtenir cette heure incommode. Au moment fixé, une chaise à porteur venait me prendre à mon logement et me transportait en quelques minutes au cabinet de la douche. Là, je me trouvai dans

(1) Par un dosage quantitatif (*voy.* le commencement de ce mémoire), j'ai obtenu, pour mille grammes d'eau, savoir : bromure de sodium 0,1925, et iodure de potassium, 0,0138.

une cellule ou un cachot, qui paraissait creusé dans le roc et qu'éclairait la pâle lueur d'une lampe. La chambre était si chauffée par la vapeur sulfureuse, que la première fois j'en fus presque suffoqué; je me débarrassai donc aussi vite que possible de mes habits, et j'étais assisté dans cette besogne par un vieux baigneur, bourru et renfrogné, qui semblait l'habitant naturel d'un lieu rempli de feu et de soufre. Aussitôt que j'étais étendu sur un matelas qui se trouve sur le plancher, il tournait un robinet élevé d'environ dix pieds au dessus du sol. L'eau, qui était très chaude, jaillissait alors avec force; le choc que je ressentis la première fois fut si violent, que je pus à peine m'empêcher de crier. Je m'armai cependant de résolution, et je supportai ce jet pendant un quart d'heure : c'est, à ce que me dit mon baigneur, le temps le plus long pendant lequel on puisse résister à la douche, qui ne dure d'ordinaire que dix minutes.

» En changeant de position, je recevais l'eau successivement sur tout le tronc des nerfs sciatiques et sur les rameaux qui avaient été le plus endoloris. Cet exercice me parut très fatiguant et très échauffant, et je fus obligé de recourir à l'assistance de mon baigneur bourru pour revêtir les vêtements de flanelle dont j'avais eu soin de me munir. Après cette opération, la même machine me ramenait dans ma chambre à coucher où, sans quitter mes vêtements de flanelle, je me mettais au lit entre mes couvertures. Quelques minutes après, j'étais couvert d'une transpiration abondante qui durait quatre ou cinq heures, et que je favorisais par des boissons douces et chaudes. Aussitôt que la sueur avait cessé, je quittais mes vêtements de flanelle pour en prendre d'autres de même espèce, et je restais au lit quelques heures encore. Si je donne tous ces détails futiles, c'est qu'ils peuvent servir aux personnes qui vont à Barèges.

» Je continuai l'usage de la douche chaque jour ou plutôt chaque nuit durant deux semaines; pendant ce temps, mes douleurs augmentèrent; j'éprouvai de la soif, une accélération du pouls, et d'autres symptômes d'une fièvre légère. C'est l'effet ordinaire que produisent ces eaux; du reste, je ne suis nullement étonné qu'elles puissent occasionner des perturbations constitutionnelles, quand je songe à l'irritation que cause la douche non seulement aux vaisseaux capillaires cutanés de la partie sur laquelle elle tombe, mais bien à toute la surface du corps qui devient d'un rouge brûlant sous son influence. Un tel régime continué pendant quatorze nuits de suite abattrait l'homme le plus robuste : aussi avais-je beaucoup maigri à la fin de ce traitement. Lorsque la douche n'excite pas la transpiration, c'est un symptôme que l'on regarde comme très défavorable; et je suis certain que, dans ce cas, son usage entraîne des conséquences très fâcheuses. D'après cet aperçu des effets des eaux de Barèges, on comprend que c'est un agent très puissant, capable d'opérer beaucoup de bien ou beaucoup de mal. Lorsqu'il y a une action inflammatoire présente, je crois que ces eaux doivent être funestes, et je suis persuadé que trois mois plus tôt je n'aurais pu supporter la douche. Dans les cas où il y a une affection inflammatoire de la tête ou de la poitrine, l'usage de la douche est du plus grand danger, et pendant le court séjour que je fis à Barèges, il y eut plus d'un cas d'apoplexie ou d'hémoptysie. Beaucoup de malades atteints de paralysie fréquentent cet établissement; mais comme il y a des motifs de soupçonner dans toutes les affections de ce genre l'existence d'une cause latente, il ne faut recourir à la douche qu'avec des précautions extrêmes.

» La grande efficacité de ces eaux pour l'exfoliation des anciennes blessures d'armes à feu a été si bien reconnue, que le gouvernement a fait bâtir, il y a plusieurs années, un hôpital militaire où l'on envoie trois étés de suite les malades dont l'état est approprié à la nature des sources. Si, après cette épreuve, le sujet n'est pas redevenu propre au service, on lui fait une pension et on le réforme. Il paraît que les blessures anciennes soumises à l'influence des eaux de Barèges s'agrandissent dès le principe du traitement, et que souvent celles même qui ont été déjà cicatrisées s'ulcèrent de nouveau. Ce phénomène provient sans doute de l'excitation du système absorbant et de la destruction par ulcération de mauvaises granulations qui en est la conséquence, ou bien encore de la faiblesse de la cicatrisation dans les cas où la guérison a été imparfaite. Mais, après ces premiers symptômes, les eaux opèrent des cures vraiment extraordinaires sur des blessures anciennes qui ont résisté à tout autre genre de traitement. Les blessés militaires se baignent dans une vaste piscine qui peut contenir vingt personnes; on les y conduit par divisions les uns après les autres, et chaque division reste une heure entière dans le bain. Au nombres des personnes qui ont guéri de blessures graves, nous devons citer notre compatriote, le général Crawford, qui, après avoir passé trois étés successifs à Barèges, fut parfaitement rétabli. Par reconnaissance, il a, pendant sa vie, donné annuellement une somme de 1,200 fr. au bénéfice des pauvres qui fréquentent cet établissement, et depuis sa mort, ses héritiers n'ont pas cessé de servir cette rente» (Taylor, ouv. c.).

Eaux de Capbern (Pyrénées). — «Longtemps avant que l'on eut conçu le plan de l'établissement comparativement vaste qui existe aujourd'hui, les autorités de la commune, pour répondre à des demandes réitérées, avaient fait bâtir quelques grossières barraques de bois dans lesquelles sept ou huit baignoires recevaient les sources minérales. Les eaux étaient si rercherchées et les baigneurs avaient des sentiments et des mœurs si primitifs, qu'il n'était pas rare de voir une baignoire occupée à la fois par plusieurs personnes des deux sexes, comme cela arrive dans quelques endroits de la Suisse, où vingt individus et souvent un plus grand nombre, tout à fait inconnus les uns aux autres, prennent le même bain, et s'amusent, selon leurs goûts et leurs caprices, les uns à chanter, les autres à lire, certains même à se livrer à l'exercice plus substantiel de la cuisine» (Taylor, Du climat de Pau, etc., 1843,).

Montaigne aux eaux de Bagnères-de--Bigorre. — «J'ay veu, dit Montaigne, par occasion de mes voyages, quasi tous les bains fameux de chrestienté, et, depuis années, ay commencé à m'en servir; car, en général, j'estime le baigner salubre, et croy que nous encourons non légères incommodités en notre santé pour avoir perdu cette coutume qu'estait généralement observée au temps passé, quasi en toutes les nations, et est encore en plusieurs de se laver le corps tous les jours; et ne puis pas imaginer que nous ne vaillions beaucoup moins de tenir ainsi nos membres encroutez et nos pores estoupés de crasse.... A cette cause, j'ay choisy jusques à cette heure à m'arrester, et à me servir de celles où il y avait plus d'aménité de lieu, commodité de logis, de vivre et de compagnies, comme sont en France les bains de Bagnères.»

Eau salée. — Les eaux très-thermales, chargées de sels, peuvent offrir une température de 100° c. sans être bouillantes, ainsi qu'on en a des exemples, par la raison que l'eau saturée de sel ne bout qu'à 109° c. — L'huile bouillante d'olives marque 320° c., tandisque l'huile de ricin bouillante ne marque que 250° c.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

—

Du traitement des affections inflammatoires dans les localités miasmatiques ou marécageuses ; *par M. W. Baling, D. M. à Mongomery, Alabama, (Amérique).*

Une particularité de l'excitation fébrile que produisent les inflammations dans les localités marécageuses , c'est la tendance de cette excitation à affecter le type intermittent ou remittent, à l'instar des fièvres marécageuses ou de *malaria*, non liées à une inflammation locale. Le plus souvent, cependant, la fièvre est remittente ou bien quotidienne , tierce ou double tierce. La ressemblance est si grande, sous le rapport de leur type, entre les fièvres produites par des phlégmasies patentes et la remittente simple, que souvent il reste des doutes sur la question de savoir s'il s'agit d'une fièvre symptômatique d'inflammation locale, ou bien, si cette phlogose n'est qu'une simple complication ou une affection concomitante de la fièvre. Dans beaucoup de cas, les inflammations locales sont précédées, dans les localités en question, de névralgies ordinairement remittentes, et ce n'est qu'après plusieurs exacerbations de ces névralgies que le système sanguin se prend et donne lieu à des affections que l'on caractérise d'inflammation. Quelquefois les exacerbations névralgiques sont accompagnées de légers paroxismes fébriles. D'autrefois l'excitation fébrile ne se déclare qu'à compter du moment où le caractère inflammatoire de la maladie se developpe.

Une autre particularité propre à cette inflammation, c'est d'une part, leur réfractibilité obstinée au traitement antiphlogistique ordinaire, traitement qui réussit généralement dans les phlegmasies indépendantes de l'influence marécageuse; de l'autre, leur cessation facile à une médication propre aux fièvres intermittentes simples des mêmes localités. La mortalité dans ces sortes de phlogoses est très grande (je citerai, par exemple, la pneumonie si commune, connue sous le nom de pneumonie bilieuse ou typhoïdes), lorsqu'on se borne à un traitement purement antiphlogistique. Par ce traitement j'entends les évacuations sanguines, le tartre stibié, les purgatifs et les vésicatoires. J'en dirai autant de l'usage des mercuriaux et de la médication à l'aide de purgatifs drastiques que suivent généralement les médecins de l'Amérique du sud ; tandis que l'issue de la maladie est au contraire généralement heureuse, si l'on joint à de légers antiphlogistiques et à de doux purgatifs, l'usage abondant, mais judicieux, de l'écorce péruvienne ou de ses préparations. Cette partique adoptée depuis quelques années, et qu'on peut considérer comme un véritable bienfait, sera, nous l'espérons, rapidement suivie par les médecins du sud, et nous espérons encore que le nombre des médecins qui vantent dans ces maladies leurs centaines de grains de calomel et leurs pilules drastiques, deviendra de plus en plus restreint, maigré l'influence des principes de certains professeurs et des Collèges.

Jusqu'à ces dernières années, l'écorce péruvienne et ses préparations étaient considérées par presque tous les médecins comme très impropres à guérir les phlegmasies et toutes les maladies fébriles compliquées d'inflammation locale, ou du moins l'on n'en permettait l'usage dans ces fièvres, en général, que vers l'époque seulement où l'organisme était considérablement épuisé et l'excitation fébrile grandement tombée. On ne considérait ces remèdes que comme stimulants et toniques, et l'on ne les prescrivait que comme tels pour remplir certaines indications. J'entends rapporter ici quelques cas comme type de mon propre traitement, et qui est aussi à peu près la méthode suivie par plusieurs médecins de ma connaissance, concernant les heureux effets du quinine dans les cas dont je viens de parler. Plusieurs de ces cas se rapportent à des fièvres remittentes compliquées d'affections locales, tandis que d'autres sont relatives à des inflammations locales accompagnées d'excitation fébrile ; dans tous ces cas, l'influence du *malaria* était manifeste par le caractère de la remittance périodique. Le médicament a été employé comme remède essentiel, principal ; mais il n'a pas été le seul, ainsi qu'on va le voir ; néanmoins, c'est à celui-là que j'ai attaché le plus d'importance. Pour éclairer la véritable influence des préparations de quinquina, j'ai comparé les résultats des premières années de ma pratique, où je n'employais pas ces remèdes, avec ceux des dernières années où j'avais le plus souvent employé ces moyens et quelquefois pas, et avec celle de plusieurs de mes confrères qui avaient traité sous mes yeux des malades sans quinine. La différence de mortalité a été très grande, tous les avantages étant restés en faveur de ce remède, et les cas dans lesquels la guérison avait eu lieu sans quinine ont toujours exigé un traitement plus long, présenté une convalescence plus longue, plus difficile et équivoque. Souvent même il m'est arrivé de constater le pouvoir presque magique (*talismanic*) du remède dans ces cas arrivés déja à une periode avancée et ayant resisté à des traitements divers, entre les mains de médecins savants et expérimentés.

Quant au mode d'action du quinine, je n'ai pu me former une opinion très satisfaisante, les observations d'aujourd'hui tendant à modifier celles que nous croyions bien établies la veille, et ainsi de suite. Souvent, cependant, j'ai été disposé à regarder cette action comme sédative ou contro-stimulante. Dans la généralité des cas , en effet, cette dernière action paraît très manifeste, et je n'ai vu que très peu de cas où le médicamment a paru agir comme stimulant. Son effet, le plus général néanmoins, a été sédatif ; il reduit et appaise l'action du cœur et des artères, plus sûrement que tout autre remède connu. Dans d'autres occasions, il m'a semblé que cette espèce d'action n'avait lieu que dans les cas seulement dé-

pendant de l'influence marécageuse; mais dans un cas d'endocardite arrivée à une période avancée, et dans lequel rien n'indiquait un cachet de *malaria* ni dans les circonstances du patient, ni dans le caractère de la fièvre, j'ai pu, en administrant jour et nuit un lavement contenant un gramme (20 grains) de quinine, modérer la marche rapide de la maladie, réduire le pouls de 110 pulsations à 80, et la maintenir en échec pendant tout le temps que j'ai persévéré dans l'usage du quinine. Aussitôt que j'ai abandonné les lavements quininés, le pouls est remonté au type précédent dans l'espace de douze heures. Un des remèdes employés avant le quinquina, dans ce cas, était la digitale, et elle n'avait pu réduire le pouls. Le mal s'est terminé par la mort, par suite d'une gastro-entérite qui est venue le compliquer, durant l'usage abondant du calomel et du tartre stibié Au reste, il ne serait pas logique de considérer le médicament comme un spécifique contre les affections marécageuses; il ne me semble tout au plus qu'un antidote. Dans presque tous les cas, quelle que fût la nature de la maladie, si la constitution était sous l'influence du *malaria*, le médicament s'est toujours montré l'agent principal dans la cure, ou bien a-t-il opéré comme le coadjuvant le plus important.

J'ai constamment observé, pendant l'usage du médicament dans les affections inflammatoires de la poitrine, que leurs symptômes s'amendaient presque toujours; dans quelque cas, l'amélioration se déclarait par l'abattement de la fièvre, par une diminution de l'action du cœur et des artères. Il est de fait, d'ailleurs, que par son action sur le système circulatoire on peut ramener promptement l'action du cœur, de son rhythme élevé d'excitation à un rhythme tout à fait normal, avant que la diminution de l'inflammation locale se soit manifestée par des signes physiques. Constamment, cependant, la diminution dans les pulsations artérielles est suivie d'une amélioration appréciable dans la maladie locale. Il arrive quelquefois, après l'administration du quinine durant une remission, dans le but de prevenir une exacerbation prochaine, un singulier changement dans le nouvel accès; savoir, si durant la rémission le pouls se trouve, par exemple, à 100 au moment où l'on donne le médicament, le nouvel accès revient à l'heure ordinaire; mais comme le pouls se trouve alors réduit par le remède, il reste bas durant l'accès, il diminue même davantage, la température de la peau ne s'élève pas beaucoup, tandis que les sensations du patient sont à l'ordinaire; parfois même, il souffre plus que dans les accès précédents. Si la maladie consiste dans une inflammation de poitrine, par exemple, l'exacerbation se manifeste par certaines sensations que le malade éprouve conjointement à une accélération de la respiration. Les sensations pénibles déclinent ordinairement à l'heure habituelle de la remission. Si le mal consiste en une simple fièvre rémittente, aucun autre traitement n'est généralement nécessaire, la convalescence se déclarant dès le moment où le nouvel accès a été complétement détourné. Dans le cas, cependant, où l'affection est compliquée d'une inflammation d'un organe, le remède doit être continué plusieurs jours, dans le but de se rendre maître de l'action du cœur et des artères, et de prévenir ainsi le retour de la fièvre par une réaction inflammatoire.

1er *Fait.* **Méningite** — (6 septembre 1838). Oakley, enfant nègre, âgé de trois ans, avait eu depuis huit ou dix jours, une légère diarrhée, et depuis cinq ou six jours, des coliques de plus en plus intenses. Deux jours après un accès de fièvre, il a été saisi de convulsions violentes, revenant par intervalles. Abdomen légèrement tuméfié; langue chargée, plutôt sèche et rouge sur les bords; soif intense, nausées et vomissements. Pouls 180, dur, petit; avant-bras droit spasmodiquement fléchi sur le bras; poignet et doigts fléchis sur l'avant-bras; en même temps la main est permanemment dans la supination, par une rotation du côté radical de la main en dessous. Il y a aussi strabisme, l'œil gauche étant tourné en dedans. La tête est continuellement tournée d'un côté et de l'autre. Cris plaintifs à voix faible, sans larmes. Application fréquente de la main droite vers la tête. Grande chaleur à la surface du corps, plus particulièrement à la tête, et violents battements des artères temporales. — Dans le début de la maladie, l'enfant avait pris une dose d'huile de ricin, mais depuis cette purgation l'intestin était resté constipé. J'ai prescrit : hydrag. cum creta, 25 centig. (5 grains), immédiatement: On lui rase la tête qu'on éponge souvent avec l'eau froide; douche froide de temps en temps; sinapismes à l'abdomen et aux membres inférieurs. Le soir, pouls 150; les symptômes s'aggravent, et j'apprends à présent que tous les soirs il y avait exaspération des symptômes depuis trois heures de l'après midi jusqu'à une heure après minuit. On continue les applications froides sur la tête; vésicatoire à la nuque; huit grammes (deux gros) d'huile de ricin; lavements répétés jusqu'à purgation abondante. Le sept, la nuit dernière l'enfant a eu une convulsion intense; évacuations verdâtres, pouls 128; le vésicatoire a bien tiré J'ai prescrit : sulfate de quinine 40 centig. (huit grains), syrop de limon 32 grammes (1 once), à prendre une cuillerée à thé, chaque heure. Le soir, pouls 140, le strabisme qui était à peine remarqué le matin est prononcé maintenant, mais pas au même degré qu'hier. Suspendez le quinine; répétez l'hydrargirium cum creta, 25 centig. — Le 8, mêmes phénomènes que la veille; pouls 116, langue un peu humide, strabisme à peine perceptible; spasme du bras gauche considérablement diminué; P. Sulfate de quinine 46 centig.; syrop de rhub. arom. 32 grammes., à prendre une cuillerée à thé, d'heure en heure. — Le soir, même état, mais la soif est moindre. On continue le quinine à la dose de 5 centig. (un grain) toutes les trois heures; répétez l'hydr. c. creta. — Le 9, amélioration sous tous les rapports; pouls 107; les yeux sont droits, le spasme du bras gauche a presque entièrement cessé. Le petit malade a pris un peu de lait bouilli; c'est la première chose qu'il avalée depuis sa maladie, excepté l'eau et les médicaments. On continue le quinine pendant quelques jours, 5 centig. toutes les quatre heures. Amélioration progressive, convalescence, guérison.

2e *Fait.* **Maladie cérébrale et fièvre remittente** — (14 oct. 1843). J'ai été appelé à visiter un inspecteur (a verseer) à huit mille environ de la ville, et après lui avoir fait sa prescrip, j'ai été prié de voir son enfant, petite fille de six mois environ. Cette enfant était malade depuis deux

semaines et présentait, à ce que j'ai pu apprendre, les symptômes d'une fièvre rémittente assez intense. Vers le troisième jour de la fièvre, la petite malade a été saisie de convulsions dont elle a eu trois ou quatre accès dans l'espace de quelques jours. Durant les accès, les membres du côté droit étaient plus convulsés que ceux du côté gauche, et ils sont maintenant paralysés. La motilité volontaire du côté gauche est conservée. La surface du corps est pâle comme la cire, les joues présentent une coloration particulière et un embonpoint étonnant après une maladie si longue et si intense. Les yeux offrent une apparence terne, les pupilles sont très contractées, la langue est sèche et couverte d'un enduit blanc; soif intense, vomissement d'un fluide aqueux et verdâtre; le ventre est plutôt libre, les matières rendues sont verdâtres et tenues; la rate est hypertrophiée; abdomen tuméfié; pouls 169, petit et serré; surface du corps chaude, surtout vers la tête et la face. En appliquant le stéthoscope sur la fontanelle antérieure on sent un bruit de soufflet très sonore. J'ai prescrit 10 centig. (2 grains) de calomel, de suite, et cinq centig. (1 grain) de quinine toutes les deux heures, jusqu'à concurrence de 40 centig. dans les 24 heures; un vésicatoire à la nuque; fomentations d'eau froide à la tête; pédiluves chauds sinapisés. — Le 15, l'enfant est beaucoup mieux; langue humide; chaleur moindre, pouls 130, plein et mou. La paralysie continue dans le même état; les yeux sont comme précédemment; le bruit de soufle céphalique a diminué en intensité, dans la même proportion de l'abaissement du pouls. Trois gardes-robes vertes; peau douce halitueuse. P. sulf. de quin., 40 centig. en quatre paquets, à prende, un toutes les six heures. — Le 16, presque plus de fièvre, pouls 110, peau fraîche et douce, langue propre et humide; l'enfant prend le sein avec avidité. P. Sulf. de quin., 5 centig. toutes les quatre heures. J'ai alors cessé de visiter l'enfant, mais j'ai appris par son père, trois semaines après ma dernière visite, qu'il continue à aller de mieux en mieux, les membres paralysés s'améliorant chaque jour.

3e **Fait. Bronchite aiguë et fièvre rémittente.** — Dans la nuit du 7 juillet 1841, j'ai été appelé auprès de George Philippot, enfant âgé de deux ans et demi, présumé atteint de croup. Il avait eu la fièvre et toussait légèrement depuis plusieurs nuits. La fièvre revenait tous les soirs à quatre heures; elle était intense; pouls 160, peu plein; peau chaude; soif intense, face rouge, toux incessante, respiration 60, dyspnée très grande; râle sonore partout à la poitrine. J'ai fait une petite saignée du bras de 60 grammes (deux onces); sinapisme à la poitrine; calomel et ipécacuanha, de chaque 10 centigr. (deux grains), à prendre de suite, et à répéter à la dose de deux centigrammes et demi chaque demi-heure, jusqu'à nausées ou vomissements. Lavement eux heures après la première dose. — Le 8, l'enfant a eu deux garde-robes et a vomi cinq à six fois dans la nuit; il est mieux; pouls 140; respiration 38; peau et langue un peu humides, le râle sonore et sec est devenu muqueux par ci par là; toux facile et moins fréquente. On continue l'ipécacuanha. — Le soir, même état, un peu plus de chaleur à la peau: continuez l'ipécacuanha, mais à moindres doses et moins fréquemment. A dix heures du soir, j'ai été appelé de nouveau: la fièvre a augmenté rapidement depuis ma dernière visite; pouls 170; respiration 68 à 70, très laborieuse; râle sibilant par tout à la poitrine. On applique un fort emplâtre de moutarde à la poitrine; ses pieds sont immergés dans de l'eau chaude pendant quelque temps, puis rubéfiés avec de la moutarde; ipécacuanha 5 centigramm. toutes les demi-heures jusqu'à vomissements abondants, puis on les continuera à petites doses. — Le 9, peau halitueuse; pouls mou, 144; respiration 40; râle muqueux au lieu du râle sec et sibilant; soif moindre, langue moins sèche. P. sulfate de quinine 60 centigrammes (12 grains), sucre blanc un gramme (20 grains); mêlez et faites huit paquets, à prendre un d'heure en heure. — Le soir, transpiration abondante, pouls 120, respiration 32, toux facile, gaîté; le petit malade s'assied sur son lit pour la première fois. P. sulfate de quinine 40 centigr., sucre blanc 80 centigr.; faites huit paquets, à prendre un toutes les trois heures. — Le 10, pouls 110, respiration facile, expectoration libre, peau humide, amélioration progressive. — Le soir, pouls 96. On continue le sulfate de quinine. Guérison prompte.

4e **Fait. Pneumonie** (7 juillet 1843). — J'ai été appelé pour voir Coffez, petite négresse, âgée de quatre ans et demi, qui était atteinte de fièvre avec toux considérable depuis le 5. Dans le courant de la nuit, la fièvre s'était calmée, et l'enfant était sur pieds et gaie le 6 jusqu'à cinq heures du soir, où la fièvre était revenue, mais plus légère que la veille; mais ensuite elle a marché avec une grande violence et s'accompagna d'une toux incessante. Durant la nuit, elle a pris de l'ipécacuanha à doses élevées jusqu'à vomissement répété. A l'examen (les parents m'ont déclaré que l'enfant était mieux déjà comparativement à la nuit précédente), j'ai trouvé l'état suivant: pouls 140, très faible; respiration 106, toux incessante, pas d'expectoration, chaleur à la peau, surtout à la tête, extrémités froides; langue sèche, à bords rouges, couverte d'une couche blanche et lisse; matité légère à la percussion à l'angle inférieur de l'omoplate gauche; autour de ce point, on entend du râle crépitant. Sur les autres points de la poitrine, le son est sec, râle sibilant, et par ci par là crépitant assez prononcé pour empêcher complétement d'entendre le bruit respiratoire sur aucun endroit. Quelque mauvaise que fût cette condition en ce moment, nous étions dans le début de la rémission; et comme l'accès devait revenir tres probablement à l'heure des jours précédents, c'est-à-dire de quatre à cinq heures du soir, il y avait tout à craindre que la malade aurait succombé si l'on n'eût pas modifié l'affection dans cet intervalle, à l'aide d'un traitement énergique. J'ai donc prescrit: sulfate de quinine 60 centigr. (12 grains) en quatre paquets, à prendre un toutes les trois heures, de manière que le dernier fût donné vers les trois heures du soir; sinapismes aux extrémités. — Le soir, pouls plein, 135; respiration 90; l'auscultation donne les mêmes symptômes que la veille, seulement le râle n'empêche pas tout à fait d'entendre le bruit respiratoire. Sueurs abondantes vers la tête; chaleur douce, langue un peu humide. P. calomel 25 centigr. immédiatement, et un grain d'ipécacuanha à chaque heure de la nuit. — Le 8, pouls 120, respiration 70, langue plus sèche que la nuit précédente, auscultation idem; l'enfant a eu deux garde-robes, et elle a vomi une fois. P. sulfate de quinine et poudre d'ipécacuanha 60 centigr. de chaque, tartre stibié 5 centigr., mucilage d'acacia 60 gramm.; m., à prendre une cueillerée à thé d'heure en heure. — Le soir, pouls 130, respiration 80, s'élevant à 110 par le plus léger mouvement, dilatation des ailes du nez à chaque inspiration. On double la dose du sulfate de quinine. — Le 9, pouls 112, respiration 44, le bruit respiratoire s'entend partout, râle obscur par ci par là, surtout à la région postéro-inférieure gauche; les médicaments sont bien tolérés. — Le soir, pouls 120, respiration 48, garde-robes bilieuses. On continue les médicaments de la veille. — Le 10, pouls 114, respiration 40, râle éparpillé. P. ipé-

cacuanha 40 centigr., tartre stibié 2 centigr., mucilage *ut supra*. — Le soir, même prescription (suivent d'autres détails). — Le 13, mieux progressif, mais lent ; on avait cessé le sulfate de quinine. La fièvre n'a disparu tout à fait qu'à compter du 18. La convalescence n'a été franche que dès le 24.

5e et 6e **Faits. Pneumonie, gastro-entérite. Bronchite.** — Nous abrégeons ces deux observations que l'auteur donne avec grands détails. Dans la première, il s'agit d'un jeune homme âgé de 20 ans, atteint depuis plusieurs jours de toux et d'un point de côté à droite. Hier, il a éprouvé, à onze heures du matin, un frisson avec fièvre et augmentation de la toux et du point de côté. Aujourd'hui, à dix heures, nouvel accès. A l'examen, à deux heures, on trouve : toux continue, expectoration rare, douleur intense au côté droit, céphalalgie, soif, peau chaude et sèche, langue blanche et sèche, pouls 120, plein et dur, respiration 40, son mat à la percussion à la région postéro-inférieure du poumon droit, et râle crépitant un peu au dessus. Saignée de 20 onces, calomel 75 centigrammes, lavement. Après l'action du purgatif, prenez, toutes les deux heures, une cueillerée à soupe de la potion suivante : tartre stibié 20 centigr., teint. d'opium 25 gouttes, muc. d'acacia 120 gm. — Le soir, mieux. Le sang du matin est très coenneux. Continuez la même potion et ajoutez : sulfate de quinine 1, 20 (24 grains) à prendre en trois doses, à quatre heures de distance chaque. — Le 5, mieux; on continue les mêmes remèdes. — Le soir, exacerbation fébrile sans frisson. Sulfate de quinine et tartre stibié *ut supra*, calomel. — Les 6, 7, 8, mieux progressif. On supprime le quinquina, on continue le tartre stibié à la dose de 10 centigr. — Le 9, le malade est très mal, suppression de la transpiration, vomissements, diarrhée séreuse, langue sèche et rouge, abdomen tympanisé, soif, peau et yeux jaunes, pouls petit, 128, pas de matité, ni de râle, ni de toux. On diagnostique une gastro-entérite. Calomel et opium, vésicatoire sur l'abdomen, boisson mucilagineuse. Le soir, les symptômes s'aggravent, langue parcheminée et brune, dents couvertes de viscosités noires, pouls 140, petit, faible, extrémités glacées, vomissements de matières noires, mort. L'autopsie n'a pu être faite. — Dans l'autre cas, il est question d'une bronchite, accompagnée d'une fièvre intense, chez une négresse de 45 ans. D'après les détails, la fièvre offrait de la rémittence la nuit ; dans le jour, la malade suffoquait presque par la violence extrême de la toux. On prescrit d'abord une dose de calomel et une d'huile ; puis sulfate de quinine 2 grammes (36 gr.) ; extrait de cinchona 45 centigr. en deux pilules. Le mal a offert plusieurs alternatives ; il a été attaqué par divers moyens, toujours cependant le sulfate de quinine a paru seul capable de le dominer tout à fait. Guéri, sous l'influence de ce remède, combiné à la térébenthine.

7e *Fait.* **Dyssenterie** (3 sept. 1843). — David H. Carter, 28 ans, indisposé depuis plusieurs jours, a été pris de diarrhée dans la nuit du 1er septembre, puis de douleurs abdominales ; enfin le mal s'est converti en dyssenterie intense. Depuis la nuit dernière, les selles sont petites, fréquentes, sanguinolentes et accompagnées de coliques violentes et d'un sentiment de froid aux intestins. Il éprouve en outre une douleur fixe et profonde à l'épigastre ; de légères nausées, vomissements, pouls fréquent et modérément dur, chaleur à la peau légèrement exagérée, soif considérable, langue chargée et rouge sur les bords. P. massa hydrarg. un gramme, opium 10 centigr., faites pil. 4, à prendre une toutes les trois heures ; eau de gomme pour boisson. Le soir, moins de douleur, une seule garde-robe depuis le matin. — Le 4, même état qu'hier au matin ; il a eu plusieurs garde-robes de mucus sanguinolent dans la nuit, coliques violentes, céphalalgie. Le 5, il n'a pris aucun médicament; hier dans l'après-midi, il a eu plusieurs garde-robes avec coliques violentes dans la nuit, pouls plein et dur. Saignée de 350 grammes (12 onces) ; répétez les pilules précédentes toutes les six heures. — Le soir, mieux ; répétez les pilules toutes les huit heures. Le 6, quatre garde-robes la nuit, ventre sensible. On continue les pilules. J'ai, à cette époque, réfléchi à cette circonstance des garde-robes qui étaient plus nombreuses la nuit que le jour, et aux souffrances qui étaient toujours plus vives la nuit que le matin et dans le courant du jour. En questionnant le malade plus particulièrement, j'ai trouvé que chaque nuit la fièvre était toujours plus considérable que le jour, ainsi que cela résultait de l'augmentation de la soif, de la céphalalgie, des douleurs abdominales, etc., et qu'en outre, tous les soirs, les garde-robes ne commençaient qu'à compter de neuf heures. Je suis donc allé le visiter à dix heures du soir, et j'ai trouvé des coliques beaucoup plus prononcées, ainsi que plus de céphalalgie, de soif, etc. ; la peau était chaude et sèche, pouls 100, plein et plutôt dur; langue sèche et brune; il a eu deux garde-robes de mucus sanguinolent depuis neuf heures, contenant des stries noires. P. mist. creta. 15 gramm., teint. op. camph. 15 gramm., m. à prendre une cuillerée à soupe après chaque selle ; saignée de 350 gramm., sinapism. sur l'abd., suivi d'un large cataplasme émoll. à renouveler trois fois par jour. — Le 7, une seule garde-robe depuis ma dernière visite d'hier au soir, pouls 80, soif légère, langue moins sèche qu'hier soir. P. sulf. de quin. 1, 20 (24 grains), poudre d'opium 5 centigr., extrait de taraxac. 40 centigr., m. f. pil. 8, à prendre deux toutes les trois heures. — Le soir, toutes les pilules ont été prises. Répétez la même prescription, à prendre une pilule toutes les trois heures dans le courant de la nuit. Le 8 mieux ; la nuit a été moins orageuse, il a eu moins de coliques, moins de soif, etc., une seule garde-robe mêlée de stries noires et de mucus sanguinolent, pas de fièvre, transpiration abondante toute la nuit. Répétez le quinine et l'opium. — Le 9, pas de selles dans la nuit, pas de soif ni de chaleur à la peau ; néanmoins le malade ne se sent pas aussi

bien qu'hier matin, il accuse un sentiment de plénitude au dessus des pubis et une douleur aiguë à l'abdomen, dans la direction de l'arc du colon. P. huile de ricin 30 gm., huile de téréb. 4 gm., poudre d'acacia 8 gm., sucre blanc 15 gm., eau cinnam. 90 gm., m. à prendre la moitié de suite, le reste trois heures après, si la première prise n'a pas opéré. — Le soir, évacuation intestinale liquide, abondante, le malade est très soulagé, il n'a pas pris la seconde moitié de la potion. P. sulfate de quinine 1, 20, extrait de tarax. 0,40, f. pil. 8, à prendre deux toutes les deux heures. — Le 10, beaucoup mieux, pouls 70, peau fraîche et douce, langue humide, pas de soif, pas d'évacuation intestinale, très peu de douleurs, désir d'aliments. On continue les pilul. de quin., une de trois en trois heures. — Le soir, pouls 62, plein et mou. Amélioration progressive sous tous les rapports. — Le 12, légère recrudescence par suite d'une imprudence dans le régime. Pendant plusieurs jours, il éprouve des coliques et des garde-robes de mucus légèrement sanguinolent, mais sans exacerbations nocturnes. Calomel et opium, diète. — Le 18, convalescence franche. Guérison.

8e *Fait.* **Dyssenterie.** —Cette observation que nous abrégeons, offre une grande ressemblance avec la précédente. Il s'agit d'un jeune homme, âgé de 24 ans, atteint de dyssenterie intense avec fièvre très prononcée. Depuis sept jours, il était traité à l'aide de mercuriaux à hautes doses, de saignées et de vésicatoires posés sur l'abdomen. A l'examen, il offrait : peau chaude et sèche, langue rouge sur les bords, parcheminée et couverte d'un enduit noir et épais, dents sèches, gencives gonflées, de petites ulcérations à la face interne des joues par l'action du mercure, toutes les quinze ou vingt minutes une petite selle muco-sanguinolente, accompagnée de coliques et de ténesme ; soif intense, pouls 130, petit et dur. On lui avait administré, indépendamment des remèdes ci-dessus, du sulfate de magnésie, de l'oxyde de magnésium, avec de l'eau de cinnamome et du vin. Ces moyens avaient déterminé des vomissements et des selles bilieuses, puis le mal avait pris la marche que nous venons d'indiquer; les coliques étaient atroces, et il s'adjoignit du délire. Un examen attentif de la marche de la maladie a fait découvrir une rémittence diurne, les symptômes s'exaspérant constamment le soir et toute la nuit. Dès lors on a prescrit : sulf. de quin. 1, 20 (24 grains) avec 5 centigr. de sulf. de morphine, en faire 6 pil. avec du mucil. d'acacia, à prendre une toutes les deux heures ; sinapismes aux extrémités, catapl. sur l'abd., boissons gom. On continue dans ce système de traitement, en le modifiant toutefois d'après les indications signalées par la marche de la maladie, et l'on a fini par en triompher, le malade étant entré en convalescence franche vers le huitième jour.

9e *Fait.* **Métrorrhagie. Phlogose du col utérin** (3 déc. 1843). — Une négresse, nommée Betzy, âgée de 35 ans, avait, six mois auparavant, éprouvé une métrorrhagie à la suite de l'expulsion d'une masse charnue par l'utérus, soit mole ou polype, du volume d'un œuf de poule d'Inde. Depuis deux jours, elle accuse des douleurs, ressemblant à des coliques, à la partie inférieure du ventre. Ses règles étaient revenues exactement depuis les quatre derniers mois, et depuis quelques jours elle venait de les avoir encore avec toutes les apparences normales et sans fièvre. — J'ai prescrit une dose d'huile de ricin, un bain chaud, puis un opiacé, et je l'ai congédiée. Le 9 déc., j'ai été appelé de nouveau ; la malade s'était bien trouvée un jour de la prescription précédente ; mais le lendemain, les douleurs avaient reparu au soir d'une manière très intense et se circonscrivaient des reins au pubis. Depuis trois jours, elle a été prise d'hémorragie utérine abondante et continue. Elle était affaiblie par la perte sanguine, pouls fréquent, soif, chaleur à la peau, chaleur brûlante en urinant. J'ai prescrit du sucre de saturne et de l'opium à fortes doses; le repos au lit, dans la position horizontale, les fesses étant sur un plan élevé, diète, boissons froides. On continue ce traitement jusqu'au 12 sans soulagement notable, la métrorrhagie continue; elle offre de la fièvre et de la prostration. Ayant questionné soigneusement la patiente sur la marche de la maladie, elle m'apprit que toujours la nuit elle avait plus de soif et de fièvre, et que l'hémorrhagie et la douleur étaient plus considérables que le jour.—On explore les organes malades; la muqueuse vaginale est chaude et gonflée, le col utérin est développé en largeur, dur, chaud, sensible à la pression. J'ai prescrit : sulfate de quinquine, deux grammes et demi (50 grains), extrait de jusquiame, 40 centigrammes, eau, 60 grammes, à prendre une cuillerée à thé toutes les deux heures, et continuer jusqu'à consommer le quart de cette potion ; puis recommencer de la même manière le lendemain matin de bonne heure. L'autre moitié à prendre de la même manière le jour d'après. Bain tiède. Sinapisme à la partie inférieure de l'abdomen la nuit. Le 19, convalescence franche ; l'hémorrhagie a cessé dès le 14. Guérison.

10, 11e, 12e **Faits.** — Dans la première de ces observations, il s'agit d'une inflammation aiguë du col de la vessie, avec incontinence d'urine, chez une femme, âgée de 18 ans, mariée depuis peu et enceinte de six mois. Son mal avait débuté par un frisson suivi de fièvre pendant plusieurs jours. Des douleurs atroces s'étaient ensuite adjoint vers le col de la vessie et dans l'urètre, s'exaspérant le soir ; puis elle n'a pu retenir ses urines, et ce liquide coulait involontairement. La chaleur douloureuse du col vésical se propageait jusqu'à la vulve. Plusieurs remèdes anti-phlogistiques ordinaires ont été mis en usage sans un succès bien notable ; enfin, on a eu recours au sulfate de quinine à la dose de 1. 20 (24 grains) par jour, et la guérison a été prompte. — Dans les deux autres faits, il s'agit d'un rhumatisme aigu, traité par la même méthode ; les détails en sont intéressants, nous les omettons par brièveté. L'auteur ajoute à la suite de ces observations : « Probablement, la majorité des praticiens condamne vivement l'administration du sulfate de quinine contre ces maladies par des raisons théoriques qui ont appris que ce remède agissait comme stimulant, mais c'est là précisément l'erreur. »

13e *Fait.* **Fièvre remittente. Gastro-entéralgie** — (19 août 1843). John Mitchel, âgé de 40 ans, a eu, il y a

quinze jours, une légère fièvre accompagnée de douleurs très intenses dans le côté droit de la tête, revenant ensemble tous les jours dans l'après midi et durant jusqu'à minuit. Le 19, à la même heure, la céphalalgie et la fièvre sont revenues avec des douleurs atroces dans l'abdomen, fixées principalement à l'épigastre. La céphalalgie et les douleurs abdominales ont décliné vers minuit à la suite d'abondantes évacuations alvines, liquides et jaunes, au nombre de sept ou huit. La fièvre s'est appaisée aussi, mais elles n'a pas cessé tout à fait. Hier, à l'heure ordinaire, il a essuyé une exacerbation fébrile et avec un retour des douleurs abdominales, mais sans céphalalgie; ce paroxisme a décliné à la suite d'une diarrhe comme le paroxisme précédent. Aujourd'hui (19 août, dix heures du matin), il offre l'état suivant : langue naturelle, pouls 100, mou, modérément plein; peau halitueuse, rate très hypertrophiée, descendant à trois centim. (un pouce) du côté droit de l'ombilic et dans la fosse iliaque gauche ; cet état de la rate existait depuis dix ans au dire du malade. Je lui ai prescrit : hydrarg. sub. 50 centig., sulf. de morph., deux centig. et demi; m., à prendre immédiatement; sinapisme sur l'abdomen. — Le soir, la fièvre est revenue à l'heure ordinaire, mais avec peu de douleurs abdominales. P. Sulf. de quin. deux grammes (demi gros), extrait de tarax. 50 centig. m. f. pil. 10, àprendre deux toutes les deux heures, en commençant dès deux heures du matin. Le 20, mieux, pouls 90; comme à l'ordinaire, les douleurs abdominales ont disparu par l'apparition d'une diarrhée, cette nuit. — Le soir, même état, pas de douleur aujourd'hui; répétez le quinine. Le 21, à neuf heures du soir, il a été pris d'une violente douleur à l'œil droit, laquelle s'est continuée jusqu'à minuit. Le 22, pas de fièvre ni de douleur. Sous l'influence de 75 centig. de sulf. de quinine trois fois par jour, la rate a tellement diminué dans l'espace d'une semaine qu'elle ne pouvait plus être sentie. (Suivent trois autres observations de fièvres rémittentes, diversement compliquées, et guéries heureusement à l'aide de la médication précédente).

Dans l'exposé précédent, je n'ai pas choisi les cas dans lesquels les effets salutaires du quinine ont été le plus remarquables. J'ai visé principalement à réunir dans un petit espace une variété aussi grande que possible de cas dans lesquels le remède a été applicable. J'aurais pu donner un grand nombre d'autres cas du même genre dont plusieurs représentent des traitements avec très peu de remèdes ajoutés au quinine, et dans lesquels les bienfaits de ce dernier sont des plus frappants ; mais je n'attache pas une très grande importance à une pareille démonstration, l'étude des faits précédents prouvant suffisamment les bienfaits qu'on peut retirer du remède sans exclusion des moyens généralement prescrits; son action principale est d'ailleurs patente. — Quant à la meilleure époque d'administrer le quinine, je préfère, en général, lorsque la maladie offre une rémission distincte, le commencement de cette remission, plutôt par habitude peut-être que par autre raison, surtout quand les rémissions sont courtes ou que l'on craint une terminaison fatale par un prochain accès. Mais quand la maladie est d'un caractère tellement violent qu'on peut craindre des lésions organiques sérieuses, ou une aggravation considérable des lésions déjà existantes, je pense qu'il est préférable de commencer immédiatement, et cette règle je la suis sans égard pour époque du paroxisme. — Pour ce qui est des doses, elles doivent être énergiques; mais les doses très fortes ne sont pas généralement nécessaires. On n'y a recours que quand on s'attend à un accès violent, car le temps que vous avez alors devant vous pour parer cet accès est court. Chez un adulte, où par l'administration continue du remède pendant longtemps, on se propose de combattre une inflammation locale, à l'aide de son action sédative sur le cœur et les artères, il suffit généralement d'une dose de deux grammes et demi en 24 heures (48 grains) pour atteindre le but. Mieux vaut l'administrer par doses de 40 centig. (8 grains) toutes les quatre heures, que de le donner par des doses plus petites à des intervalles plus courts. La continuation du remède doit varier selon les cas. Dans les fièvres rémittentes accompagnées d'une affection locale, comme par exemple une congestion comateuse du cerveau, le mal décline entièrement durant la remission, et il suffit de continuer le médicament seulement jusqu'à ce qu'on prévienne un nouvel accès; le progrès vers la guérison, bien que lent, est dès lors presque toujours certain. Quand cependant il y a une inflammation, le remède doit être continué jusqu'à ce que celle-ci disparaisse complétement, par la raison que tant qu'une étincelle d'inflammation persiste, aussitôt que l'action du quinine sur le système artériel est suspendue, l'inflammation se rallume rapidement et ses progrès sont très rapides.

L'organisme une fois soumis à l'action du médicament, il est convenable de ne faire cesser cette action que par degrés, même dans les cas de fièvre congestive grave, accompagnée de grande prostration, d'agitation, d'anxiété, d'un pouls très fréquent, petit, faible, de sueurs froides et visqueuses aux extrémités, et où chaque dose élevée du prétendu stimulant augmente ces mêmes symptômes, je crois avoir vu de mauvais résultats par la suspention subite du médicament. Je conseille en pareils cas, de continuer ce remède à des doses graduellement décroissantes et qu'on combine à quelques stimulants. Je ne voudrais pas cependant qu'on inférât de ce qui précède que je regarde le quinine comme toujours nuisible dans les fièvres congestives. Au contraire, je le considère, même dans cette maladie, lorsqu'il est administré de bonne heure et avec une parfaite connaissance de son action réelle, comme le seul remède sur lequel on peut baser un espoir raisonnable de guérison. Par l'usage des autres remèdes, j'ai vu quelquefois les malades aller bien, mais c'est seulement avec le quinine que j'ai pu obtenir réellement des cures. Une attaque de fièvre congestive se compose d'une série de paroxysmes comme le cas le plus simple d'une fièvre intermittente; et ces paroxysmes, ces exacerbations et rémissions, ainsi que le fond de la maladie, sont toujours en progrès, depuis le déclin de chaque accès jusqu'à l'accès suivant, excepté seulement le cas où le dernier accès se termine par la mort. Prévenez cette

exacerbation, et le progrès vers le mieux sera continu, en raison du déclin de l'accès précédent. Il est quelquefois, en vérité, difficile de discerner les différentes périodes des paroxysmes, car, même alors que la rémission est le plus parfaite, la position du patient est souvent suffisamment désespérée.

Il résulte de ce qui précède que l'heureuse influence du quinine, dans ces cas, se rattache à une propriété particulière, distincte et différente de son action antiphlogistique et sédative, j'entends parler de la faculté qu'elle a de prévenir le retour du paroxysme de maladies périodiques : son administration dans les fièvres congestives, par conséquent, ne devrait avoir d'autre but que de prévenir l'exacerbation, et permettre ainsi aux efforts de la nature de marcher sans interruption vers le mieux, depuis l'époque du dernier paroxysme. D'après cette vue, son administration peut être généralement conduite avec sureté : dans les cas peu intenses, en ne donnant pas plus de ce qui est nécessaire dans ce but, et en cessant ensuite par degrés son action ; et dans les cas plus graves, où la prostration est extrême, en le donnant aux mêmes doses et uniquement dans les mêmes vues, et en le combinant avec quelque substance stimulante dans le but de corriger son action. Ainsi dans les affections inflammatoires on aide ses propriétés sédatives ou contro-stimulantes, en lui associant les antimoniaux et d'autres moyens antiphlogistiques généraux ; tandis que dans les cas d'affections congestives, son pouvoir mystérieux, antipériodique, peut être mis en jeu et corriger en même temps son action hyposthénisante à l'aide de stimulants qu'on lui associe (1).

C'est dans les cas où le quinine a été donné comme stimulant, dans des cas de grande débilité, que j'ai observé de funestes effets de son usage ; et il est étonnant de voir avec quelle persévérance on l'administre dans ces cas, malgré que chaque dose soit promptement suivie d'une augmentation de la transpiration épuisante, de la prostration, de la faiblesse et de la vitesse du pouls. Dans les cas rares de ce genre, dans lesquels l'action de l'extrait de la teinture ou de l'écorce péruvienne peut être tolérée par l'estomac à dose suffisante, il est préférable de se servir du quinine comme moins directement affaiblissant ou sédatif et tout aussi antipériodique. Dans aucun traité cependant de matière médicale, on ne trouve indiquée la différence entre le quinine génuine et le quinine sophistiqué que vendent si souvent nos droguistes, ni entre les écorces péruviennes.—J'ai dit que je n'avais vu que dans très peu de cas le quinine sembler agir comme stimulant. Une expérience plus mûre cependant m'a fait penser que l'effet en question pouvait dépendre d'autres médicaments administrés, ou des progrès naturels de la maladie. (Suivent d'autres détails). L'application heureuse du quinine au traitement des maladies inflammatoires des localités marécageuses est due à sa double propriété anti-phlogistique et anti-périodique. Comme remède anti-phlogistique dans les localités élevées et saines, il n'est probablement pas supérieur à la lancette, aux antimoniaux, etc., mais il peut dans beaucoup de cas être d'un grand secours en combinaison de ceux-ci. Dans les lieux de *malaria*, au contraire, c'est le contro-stimulant le plus énergique et le plus sûr que nous ayons s'il est bien employé, tandis que les autres anti-phlogistiques ne lui sont que de simples coadjuvants. (*The Amer. jour. of méd. sc.*, juillet, 1844.)

(1) On voit bien que l'auteur fait, de l'action anti-périodique du quinine, une propriété mystérieuse, isolée et distincte de l'action hyposthénisante. C'est là une grave erreur que beaucoup de praticiens partagent de nos jours. L'École dynamique moderne a démontré jusqu'à l'évidence que la seule action contro-stimulante *élective* est celle qui combat, brise et dissipe le paroxysme périodique. L'action antipériodique n'est donc pas distincte de l'action hyposthénisante élective; il serait trop long de développer ici cette proposition que peu de personnes pourtant admettent en ce moment en France. (N. d. Réd. d. Ann.)

DOCUMENTS DIVERS.

De l'action malfaisante de la poussière sur les poumons. — Depuis longtemps déjà l'attention des observateurs a été appelée sur les conséquenses fâcheuses de l'action prolongée de la poussière suspendue dans l'air qu'on respire. Lorsque par suite de l'exercice de certaines profession on se trouve enveloppé d'un air chargé de poussière terreuse ou d'autre espèce, les bronches qui reçoivent cet air en sont d'abord irrités ; une sorte de bronchite lente se déclare par action mécanique, puis des symptômes des dyspnée asthmatique s'adjoignent; enfin, les individus passent par tous les degrés de la consomption et périssent avec les symptômes de la phthisie. Nulle part cette espèce de maladie mécanico-dynamique ne s'observe plus fréquemment et plus clairement que dans les mines d'ardoise, à Gênes. Des centaines d'ouvriers descendent chaque jour dans ces gorges sataniques, dans ces cavernes infernales, creusées par la main de l'homme dans le cœur de montagnes de schiste argileux, dans le but d'arracher au sein de la nature des blocs de pierre à coups de hache et de marteau ; ils s'avancent dans des voies souterraines où il ne pénètre qu'un air constamment humide, et que la main de l'ouvrier empoisonne sans cesse en le surchargeant de la poussière qu'il soulève lui-même des entrailles de la terre. Il est vraiment digne d'intérêt de lire à ce sujet un excellent mémoire que le professeur Mongiardini a inséré parmi ceux de l'Académie des sciencec de Gênes; on y trouve la maladie étudiée avec un soin extrême, et suivie pas à pas depuis son début dans ces puits de l'enfer, jusqu'au transport du corps de ces malheureuses victimes des galeries de *pietra lavagna*, à l'amphithéâtre anatomique. Ces infortunés sont encore jeunes lorsqu'ils se laissent enrôler dans cette œuvre désastreuse, ils passent impunément leurs premières années dans cet océan de poussière; bien-

tôt cependant leur teint devient jaunâtre, leurs jambes s'œdématient, leurs ganglions lymphatiques s'engorgent; une petite toux les met hors d'état de continuer leur travail, et il est rare que le maximum de leur vie dépasse la quarante-cinquième année. Dans les nombreuses autopsies faites par M. Mongiardini, il a constamment trouvé les dernieres cellules pulmonaires bourrées d'un amas de poussière concrétée et convertie en petites pierres de même nature que l'ardoise des mines. Ces pierres entrelardent le poumon, pour ainsi dire, et leur formation fait l'office de véritables tubercules; ces dernières, au reste, coexistent souvent avec les incrustations terreuses, soit d'une manière indépendante, soit comme un produit secondaire.

Le premier qui ait appelé l'attention sur les conséquences funestes de la poussière atmosphérique est Diemerbroeck, dans son anatomie (lib. 2, c. 13, p. 311). Cet auteur avait eu l'occasion de disséquer le cadavre de quelques tailleurs de pierre, et il avait trouvé dans leurs poumons des concrétions lapidiformes qu'il avait attribuées à la poussière du marbre qu'ils avaient ingérée par la respiration. Cullen a rencontré et signalé le même fait, et Ramazzini l'a confirmé à son tour. Widel et surtout Morgagni ont fait voir, le scapel à la main, que la chose n'était que très ordinaire chez les marchands de chaux et chez les marbriers. Leblanc et d'autres ont ajouté des observations du même genre, en sorte qu'on peut regarder aujourd'hui comme parfaitement demontré le danger de respirer un air chargé de poussière, comme cela a lieu fréquemment chez les batteurs de tapis, les lapidaires ou sculpteurs sur pierre, les amateurs de vieux livres, les charbonniers, etc.

«Ramazzini, en parlant des maladies des meuniers et des boulangers qui respirent continuellement un air chargé de farine et qui sont à peu près sujets aux mêmes affections que les ouvriers dont nous venons de parler, dit que : « ces hommes pourront être soulagés en se lavant souvent le visage avec de l'eau fraîche et pure, en se gargarisant avec de l'oxycrat, en faisant usage d'oxymel, et en se purgeant de temps en temps, ou en se faisant vomir, lorsqu'ils sont pris de difficulté de respirer, pour chasser les substances adhérentes à leurs viscères; j'ai vu ce remède tirer des portes de la mort quelques-uns de ces ouvriers. »

Assa foetida. — « Cette gomme résine s'extrait par incision de la racine du *ferula assa fœtida*, plante qui croît en Perse. Elle est beaucoup plus soluble dans l'alcool que dans l'eau, et donne de l'huile volatile à la distillation. (D'après l'analyse de Pelletier, cette huile s'élève à 3, 60 p. 100.) C'est à l'huile volatile que l'*assa fœtida* doit son odeur repoussante. Cette huile est plus légére que l'eau, très volatile, incolore et limpide, lorsqu'elle vient d'être préparée; elle jaunit au bout de peu de temps. Son odeur alliacée est forte et fétide; sa saveur, d'abord fade, devient bientôt âcre et amère. Elle est à peine soluble dans l'eau; l'alcool et l'éther, au contraire, la dissolvent en toutes proportions. D'après Zeise, cette huile renferme du soufre et possède la composition suivante : $C.^{32} H.^{16} S.O.$ C'est pour cela qu'elle répand une odeur forte d'acide sulfureux lorsqu'on la brûle. » (Dumas, Chimie.)

Huile de cannelle. — « On trouve dans le commerce diverses variétés de cannelle et deux variétés d'huile de cannelle. Ces dernières sont l'huile de cannelle de Ceylan et l'huile de cannelle de Chine, obtenues l'une et l'autre par distillation. On sait de plus que la racine du cannellier donne du camphre, ou une huile qui en exhale l'odeur; que ses feuilles produisent une huile volatile à odeur de girofle, et que son fruit fournit une graisse odorante; enfin, on a observé depuis longtemps que l'eau de cannelle et l'huile de canelle laissent déposer des cristaux que l'on a reconnus comme formés d'acide cinnamique. L'huile de cannelle de Chine est d'un jaune brun rougeâtre, d'une odeur désagréable qui rappelle celle de la punaise; elle coûte de 36 à 40 fr. le demi-kilog. (la livre). L'huile de cannelle de Ceylan, d'un odeur suave, sucrée, qui nous vient par le canal et sous le cachet de la compagnie des Indes, est bien plus estimée que la précédente et se vend de 35 à 40 fr. les 32 gram. (once). » (Dumas, Chimie, t. 7, 1844, p. 146.)

Nouveau sel mercuro-quinique. — On sait que, depuis longtemps, on prescrit avantageusement contre la scrofule le calomel uni à la teinture de quinquina. Le docteur Dermott, de Dublin, a cherché le moyen de combiner chimiquement ces deux corps et il a réussi en mettant en présence le bichlorure de mercure avec le quinine. Il a trouvé que le premier de ces corps jouait le rôle d'acide par rrpport à l'alcali végétal, et qui donne lieu à un sel double composé de protochlorure mercurique pur et de quinine : produit précieux, préférable assurément au sulfate de quinine dans beaucoup de cas, et qui ne peut manquer de rendre de véritables services à la thérapeutique. (Dublin, Med. Press.)

Aconit. Goutte. — « Un goutteux entièrement privé de l'usage des extrémités, et qui avait usé, sans succès, de beaucoup de remèdes, fut guéri parfaitement dans l'espace de trois semaines, par l'usage de l'extrait d'aconit. Il en prit des doses qu'on augmentait journellement depuis un grain jusqu'à vingt-trois, et en tout cinq drachmes et neuf grains. Au bout de ce temps, il marcha et n'eut plus de fièvre, de douleurs, ni de tumeur. — M. Quarin a vu dans la goutte de grands effets de l'extrait d'aconit, dont il ne donne d'abord qu'un demi-grain, mais dont il augmente graduellement les doses suivant l'indication, allant même jusqu'à en ordonner trois au quatre grains toutes les trois ou quatre heures. Il joint utilement le camphre à l'aconit, quand le pouls est faible et l'urine pâle. — Van Swieten a vu une femme de quarante ans, qui, depuis un an, souffrait beaucoup des doigts et des orteils où elle avait des tufs très durs et très considérables, que l'extrait d'aconit soulagea étonnemment au bout de quatre jours, et guérit en trois mois sans exciter aucune évacuation manifeste par les selles, ni les urines, ni les sueurs. — J'ai vu aussi très souvent l'aconit dissiper les maux goutteux, même rebelles, sans produire des sueurs, ni aucune autre évacuation sensible : ce qui prouve de même l'effet spécifique anti-goutteux de ce remède. » (Barthez.)

Sphygmique. — «La plus grande vitesse du pouls ne peut aller au delà de cent quarante pulsations par minute; du moins on ne peut rien compter de fixe au delà.» (Zimmerm.)

Pouls redoublé. — « Le redoublement du pouls se fait apercevoir lorsque deux pulsations précipitées sont suivies d'une pulsation tardive. On attribue ce pouls, en général, à un obstacle contre lequel le cœur fait un effort répété. J'ai remarqué tous les jours ce pouls dans une fièvre de long cours qui survint à la suite de couches très pénibles, et que j'ai guéri. Je l'ai aussi observé, comme beaucoup d'autres médecins, dans les anévrismes. Solano dit qu'il annonce un saignement de nez. » (Zimmermann.)

CLINIQUES CHIRURGICALES.

—

REMARQUES GÉNÉRALES.

Que de travaux remarquables, importants, n'a-t-on pas fait dans ces dernières années sur les fonctions et les maladies de l'encéphale et de la moëlle épinière ? Pourtant, il faut le dire, les hommes les plus versés dans ces études, dans ces recherches, se trouvent souvent, encore de nos jours, tout aussi en défaut que nos dévanciers, quand il s'agit de préciser le siège et la nature de certaines maladies de ces organes ; ils le sont encore plus s'il s'agit du traitement de ces maladies. C'est que malheureusement il y a loin de l'amphithéâtre anatomique au lit de l'homme malade ; et l'on a beau disserter sur les animaux qu'on soumet à l'expérience, les lacunes que nos ancêtres nous ont léguées sur les maladies du cerveau et de la moëlle restent encore dans leur intégrité, du moins pour ce qui touche à leur traitement. Que savons-nous, par exemple, sur l'éréthisme morbide du pénis ? Abordons cette question, puisque le hasard nous la présente aujourd'hui dans un des hôpitaux de la capitale.

Le priapisme morbide constitue, comme on sait, un phénomène grave d'affections diverses et qui n'a peut-être pas été suffisamment étudié. Il s'en présente un exemple, en ce moment, à l'Hôtel-Dieu (service de M. Blandin) sur un jeune homme atteint de fracture aux vertèbres cervicales et sur lequel nous allons appeler l'attention. Il s'agit d'un maçon, âgé de vingt et quelques années, qui est tombé d'un quatrième étage et qu'on a transporté à l'hôpital dans un état de stupeur ou de commotion encéphalique. A son retour à la connaissance, il s'est trouvé paralysé des quatre membres, surtout des deux bras et de la jambe droite; le membre abdominal gauche est plutôt faible que paralysé. Le bras droit et la jambe du même côté sont complètement résolus dans le sentiment comme dans le mouvement, tandis que le bras gauche obéit encore en partie aux mouvements volontaires. Cela veut dire, en d'autres termes, qu'il y a hémiplégie complète à droite et faiblesse paralytique à la moitié gauche du corps. L'intelligence est nette, la langue ni les muscles de la face, ni la parole, ne sont aucunement altérés, ce qui fait présumer que la lésion n'existe pas dans le cerveau; ou du moins si cet organe est intéressé, il ne l'est probablement que très peu. En examinant cependant la colonne cervicale, on sent une sorte de crépitation obscure vers la hauteur de la troisième, quatrième vertèbre, et le moindre mouvement latéral de la tête fait jeter les hauts cris par la douleur vive que cela occasionne dans le cou. La pression même sur cette région est très douloureuse. Il y a donc là évidemment fracture, et c'est sans doute à la compression que les fragments exercent sur la moelle, qu'on rapporte avec raison la paralysie. On prévoit déjà que la respiration doit être gênée sous l'influence de la même cause, et que les sphincters de la vessie, ainsi que ceux du rectum, ont dû cesser de fonctionner à leur tour ; aussi le malade rend-il involontairement et continuellement ses urines et ses secrétions stercorales ; mais un autre phénomène du côté des organes génitaux a attiré l'attention, c'est un état permanent d'érection pendant les premiers jours, et l'écoulement involontaire d'une matière blanche qu'on croyait être de sperme, mais dont on n'a pas vérifié la nature, chose facile, au reste, à l'aide du microscope. A compter du deuxième ou troisième jour, le priapisme a été moins prononcé, et, depuis lors, le patient est resté dans un état de demi-érection qui dure encore aujourd'hui, troisième semaine de l'accident ; l'écoulement lactescent par l'urètre continue ; mais on a appris du malade lui-même qu'il était atteint d'urétrite lorsqu'il est tombé. Les suites de cette observation éclaireront vraisemblablement plusieurs doutes qui se présentent aujourd'hui dans les détails ci-dessus. Jusque là, il nous sera permis de nous livrer à quelques considérations qui résultent d'autres faits acquis à la science.

On peut se demander d'abord si le priapisme se rattachait dans ce cas plutôt à l'irritation des centres nerveux qu'à la phlogose urétrale préexistante. Si l'on considère, d'une part, que l'érection morbide a été observée dans d'autres cas de maladie de la moelle ou du cervelet, en l'absence de la blénorrhagie ; de l'autre, que le priapisme blénnorrhagique n'est pas permanent jour et nuit, qu'il cesse ordinairement pendant la veille; tandis que chez le malade de l'Hôtel-Dieu le phénomène était incessant, on n'hésitera pas à regarder ce symptôme comme inhérent à la lésion de la moelle cervicale. Il faut convenir néanmoins que la chose est loin d'être constante dans les fractures des vertèbres. Cela prouve déjà notre ignorance à l'égard des véritables conditions des centres nerveux qui réagissent ainsi sur l'appareil de la génération. Nous avons rencontré une fois un priapisme morbide des plus prononcés chez un homme d'une cinquantaine d'années, atteint d'une affection apoplectique ; le mal existait avec fièvre, passivement et d'une manière incessante depuis plusieurs jours, mais sans aucune manifestation d'obscénités ; ce fait est resté incomplet pour nous, l'autopsie n'ayant pu avoir lieu.

Il est une autre espèce de priapisme morbide et qui se rattache à d'autres conditions, nous voulons parler de celui qui succède à l'ingestion de certaines substances toxiques (cantharides, phosphore, sublimé corrossif, arsenic, etc.). Faisons d'abord remarquer que le phénomène n'est pas ici plus constant que dans la catégorie précédente, c'est-à-dire, qu'il ne se manifeste que quelquefois seulement et dans des conditons indéfinies jusqu'à ce jour. Il est probable néanmoins que l'érection tient ici au retour éliminatoire de la substance toxique dans l'appareil urinaire, à son action chimique, irritante, locale, sur la vessie, sur l'urètre et sur l'embouchure des canaux éjaculateurs. D'où il résulte que le priapisme dans ces occurrences aurait de la ressemblance avec celui qui accompagne

la présence de la pierre dans la vessie. Comme cependant la substance toxique n'offre pas toujours le même degré d'action dans l'appareil urinaire, à cause de sa quantité variable et de la somme changeante des urines qui la délaient ou l'enveloppent, il s'en suit que rarement le poison rencontre les conditions voulues pour produire le priapisme. Peu importe, au reste, l'explication; l'essentiel est de noter l'inconstance du fait, soit qu'il s'agisse d'une affection traumatique ou spontanée des centres nerveux, soit qu'il se rapporte à diverses intoxications.

Il est une troisième variété de priapisme, et qui paraît offrir plus de ressemblance de causalité que la dernière avec le cas de l'Hôtel-Dieu, c'est celui qu'on observe chez les pendus. On a prétendu qu'il s'agissait, dans ce cas, d'un simple phénomène mécanique, dépendant de la stase passive du sang dans les corps caverneux, puisque, dit-on, l'érection se manifeste également sur les cadavres qu'on pend. Cette opinion cependant est loin d'être bien établie jusqu'à ce jour, et le fût-elle, qu'elle ne détruirait pas le phénomène physiologique, puisque, chez les pendus, le priapisme se montre de suite et sans que tout le tronc soit suspendu du sol, ainsi qu'on l'observe tous les jours, par exemple, chez les malheureux nègres transportés de la côte d'Afrique aux colonies d'Amérique. On sait que ces malheureux se prennent aisément de nostalgie, et ils ont recours à ce genre de suicide. Il est curieux de voir que, dans leurs croyances religieuses, ces infortunés croient, en se pendant, retourner dans leur pays, et ils préparent à côté du lieu de leur supplice un paquet d'habillements choisis qui doit les suivre dans leur prétendue métempsycose !

Au point de vue de son mécanisme anatomique, le priapisme offre des notions très précises depuis Hunter. « Pour moi, dit ce grand observateur, les corps caverneux sont des veines dans lesquelles les artères versent constamment du sang qui est emporté par d'autres veines. Dans l'érection, les extrémités d'origine de ces dernières veines sont le siège d'un spasme qui empêche le sang de couler dans leur canal; de là l'accumulation du sang dans les corps caverneux, et la distension de la verge qui constitue l'éréction. Avec le spasme des orifices veineux, cesse l'érection. J'ai pu produire l'érection à volonté, en liant les veines de la verge d'un chien, tandis que les artères continuaient à fonctionner librement. » (Hunter, OEuv. compl., t. 1, p. 289, édit. de Paris). Tiedemann, Cuvier, Moreschi, etc. ont confirmé les recherches de Hunter qui regardait le tissu érectile comme composé de veines élargies à leur origine, et non comme un système de cellules, ainsi qu'on le croit communément (Palmer, Notes à Hunter). Il résulte de là que le priapisme morbide ne serait, en définitive, que l'effet d'un spasme permanent des veines péniennes. Resterait cependant à savoir quelle est la source véritable de ce spasme et si l'art n'aurait pas de moyens pour le faire cesser. D'abord, l'action spasmodique des veines est loin d'être prouvée, ces vaisseaux n'ayant pas de tissu contractile. Ensuite, l'expérience de Hunter conduit, ce nous semble, à une conséquence toute autre que celle-là, savoir que tout obstacle au cours du sang veineux dans la verge est ou peut être une condition immédiate de priapisme morbide. Or, à part les causes éloignées que nous ne connaissons pas bien, n'est-il pas évident que le résultat sera le même, soit que la marche du sang veineux se trouve affaiblie par une sorte de paralysie des veines, ce qui doit nécessairement occasionner une sorte de stase dans le liquide des cellules des corps caverneux, soit que l'action des artères se trouve, au contraire, augmentée, au point d'apporter dans un temps donné une plus grande quantité de sang dans les corps caverneux? On prévoit déjà, d'après ces remarques, que tout médicament hyposthénisant vasculaire, comme le camphre, par exemple, capable, par conséquent, d'affaiblir l'action artérielle, doit concourir à un effet opposé au précédent; mais n'allons pas plus loin, crainte d'entrer dans un champ de conjectures.

Le goître reparaît sans cesse dans nos hôpitaux, mais, hélas! sans probabilité bien grande de guérison. Ce sont ordinairement des femmes de la campagne qui offrent les exemples les plus saillants en ce genre. On les traite par divers moyens, mais on est bientôt obligé d'y renoncer, et elles sortent au bout de quelque temps comptant à peine quelque soulagement. Dernièrement, une vieille femme avait pris rang dans un des lits du service de M. Gerdy; son goître était énorme, trilobé, et formait une sorte de turban somptueux autour du cou; la dyspnée était très prononcée, et c'est ce qui l'avait déterminée à invoquer les secours de l'art. Des sangsues, des ventouses scarifiées, des frictions avec une pommade iodo-potassique, et, intérieurement, l'iodure de potassium à dose élevée, l'ont soulagée en peu de jours. On a cru reconnaître une diminution notable dans le volume de la tumeur; mais cette diminution n'a pas été progressive, et la femme a bientôt quitté l'hôpital. Vers la même époque, une jeune paysanne, magnifiquement goîtrée, était couchée dans le service de M. Velpeau. La tumeur datait de l'enfance et formait également un turban complet d'une oreille à l'autre. Le chirurgien a essayé chez elle l'acupuncture multiple; il a piqué, lardé, transpersé un grand nombre de fois le parenchyme du goître à l'aide d'une aiguille à cataracte en forme de lance, qu'il a enfoncée d'espace en espace dix, quinze fois à chaque séance. Cette opération a été répétée à peu près une fois par semaine dans l'espace d'une mois, toujours sans douleur et sans hémorrhagie; quelques gouttes de sang sortaient seulement par les piqûres. Pendant quelque temps, les mesures comparées sur les diamètres de la masse accusaient une diminution réelle; mais la décroissance n'ayant pas marché comme on le désirait, la patiente a repris le chemin des champs.

Deux cas autrement intéressants se sont présentés, il y a peu de jours, à l'Hôtel-Dieu (service de M. Chas-

saignac). Dans l'un, il s'agit d'une femme qui portait un petit goître, et qui était entrée pour une fracture grave des condyles du fémur; elle a succombé le 28 décembre. A l'ouverture du cadavre, faite par M. Gros, interne, on a trouvé que le goître s'était développé du côté de la cavité thoracique, et qu'il avait aplati et déplacé le larynx. Voici la note qui nous a été remise à ce sujet par l'un des internes de M. Chassaignac : « A l'autopsie, on a rencontré dans la poitrine, sous la première pièce du sternum, une masse rouge, bosselée, du volume d'un œuf de poule, présentant des duretés dans différents points de son étendue. On a cru d'abord avoir affaire à un thymus ; mais un examen attentif a fait voir que cette masse appartenait au corps thyroïde, puisqu'elle faisait partie de la glande qui, sous forme de croissant, vient embrasser le devant de la trachée. En coupant la masse morbide, on y a trouvé un assez grand nombre de kystes remplis d'un liquide filant. Les parois de plusieurs de ces kystes étaient ossifiées. La trachée était aplatie et fortement déviée à gauche. Cet examen n'a pas été poussé plus loin. » Dans l'autre cas, que nous avons examiné dans le même service, il s'agit d'un homme âgé d'une cinquantaine d'années, portant un goître volumineux, trilobé, datant de l'enfance. Il était menacé d'asphyxie en entrant; on l'a soulagé à l'aide d'évacuations sanguines. Un examen attentif fait reconnaître manifestement chez cet homme le larynx tellement dévié à gauche horizontalement, que la glotte touche presque l'angle de la mâchoire ; l'endroit normal du larynx se trouve envahi par la masse morbide, et toute tentative de réduction reste sans résultat. L'examen du côté de la bouche n'offre rien de particulier, si ce n'est qu'on n'y voit plus l'épiglotte, puisqu'elle a dû suivre le larynx. La respiration et la déglutition s'exécutent assez bien cependant depuis le traitement qu'on lui a fait subir; mais il est évident que de grands dangers menacent son existence, et pourtant il a refusé de se soumettre à un traitement dynamique résolutif, qu'on voulait lui faire subir.

Nous ne sachons pas que les auteurs aient signalé les deux conditions que nous venons de faire connaître, savoir, l'accroissement clandestin de certains goîtres du côté de la cavité thoracique, en glissant derrière le sternum, et le déplacement horizontal du larynx, avec ou sans aplatissement du canal de l'air. Pour compléter ces détails, nous devons ajouter qu'en se déplaçant horizontalement, le larynx et le pharynx remontent pour se mettre à la portée du passage de l'air et du bol alimentaire, ressource admirable à laquelle la nature a également recours à la suite de l'extirpation de la langue. Ce même travail ascentionnel, nous l'avons vérifié pareillement, il y a peu de jours, sur un sujet auquel M. Blandin venait d'enlever tout le voile du palais devenu cancéreux, et dont on a dû lire les détails dans le dernier numéro. — Tout cela se rattache, comme on le voit, à l'histoire pathologique de cette cruelle affection ; mais au point de vue thérapeutique qu'avons-nous a enregistrer de nos jours de réellement efficace ? Rien malheureusement, si ce n'est des espérances plus ou moins déçues !

Les tumeurs de la langue offrent ceci de particulier à leur première inspection, qu'elles semblent toutes de nature maligne. Leur forme, en effet, vasculaire, compacte et dure ; la coloration et l'aspect ordinairemnt lardacé de leurs ulcérations leur donnent les apparences du cancer. Il est d'ailleurs d'autres circonstauces qui contribuent à ces apparences : c'est, d'une part, l'action irritante des aliments, des boissons et de la salive ; et de l'autre, le frottement incessant des dents, surtout lorsque la partie malade répond à un chicot à surface inégale. Une autre circonstance non moins remarquable, c'est qu'elles ne se rencontrent le plus souvent que sur des sujets de la campagne. La même remarque a été faite à l'égard des affections organiques de l'œsophage. Au point de vue général, les tumeurs de la langue peuvent être classées en trois groupes : dans le premier se présentent les tumeurs inflammatoires simples ou spécifiques, telles que les abcès, l'hypertrophie, les affections syphilitiques ; dans le second sont les kystes; dans le troisième enfin se présentent les végétations malignes, cancéreuses ou cancroïdes.

L'hypertrophie simple de la langue n'est pas une affection extrêmement rare ; mais on ne peut en dire autant de l'abcès franchement inflammatoire de son parenchyme, car on n'en connaît qu'à peine quelques exemples. Un cas de ce genre s'est présenté, il y a peu de jours, à l'Hôtel-Dieu (Blandin). Il s'agit d'une femme de la campagne, âgée d'une quarantaine d'années, qui portait depuis plusieurs mois une tumeur du volume d'un petit œuf, au bord gauche de la langue ; la constitution de la patiente était bonne, sa santé générale excellente. Les médecins de son pays croyaient à une affection cancéreuse, et ils ont adressé la malade à l'Hôtel-Dieu. Elle a été examinée d'abord par M. Roux, qui a attribué le mal à l'action irritante d'une molaire gatée, érosée et offrant plusieurs pointes à sa couronne, et il a prescrit l'extirpation de cette dent comme moyen préparatoire. Le lendemain, la malade a été reçue dans le service de M. Blandin. Ce chirurgien a diagnostiqué, comme M. Roux, une tumeur produite par le frottement de la dent, et il y a enfoncé un bistouri qui a donné issue à une quantité de pus de bonne nature. La poche de la tumeur s'est affaissée, et l'on a constaté que le foyer n'était autre que celui d'un abcès ordinaire, prolongé assez en arrière et vers la ligne médiane de l'organe. On a pansé à l'aide d'une petite mèche. On a, en attendant, extirpé le chicot dentaire. Le surlendemain, l'ouverture de l'abcès s'était fermée; M. Blandin l'a r'ouverte à l'aide d'un stylet boutonné. Bientôt la guérison a été complète, et la langue a repris ses dimensions normales. On voit par là combien il importe d'examiner avec soin ces sortes de tumeurs, d'apprécier leurs rapports avec l'arcade dentaire inférieure, et de ne se prononcer qu'avec réserve sur leur nature.

Il est une variété singulière de tumeurs phlogisti-

ques simples de la langue qu'on ne trouve pas mentionnée dans nos livres classiques, et que Morgagni avait pourtant décrite sous le nom de *tubercules verruqueux*. Voici ses propres paroles : « J'ai vu, dit-il, plusieurs tumeurs sur la langue; mais je n'ai eu occasion d'en disséquer aucune. Parmi ces tumeurs, je ne veux point omettre ici certains petits tubercules semblables à des verrues, qu'un chirurgien me fit voir autrefois sur une dame de Padoue, à la face supérieure de cet organe, fort près de sa base, pour que je lui donnasse conseil sur le moyen qu'il devait principalement employer pour les enlever. Je n'ignorais pas que Marcellus Donatus (De med. hist. mir., l. 3, c. 5) avait parlé des verrues de la langue comme d'une chose extrêmement rare, et qu'il n'en avait observé que deux fois dans tout le cours de sa vie. D'après cela, j'attendais avec plus d'impatience ce qui s'offrait enfin à ma vue sur cette langue tirée hors de la bouche et suffisamment abaissée par le chirurgien. Rien ne pouvait être plus semblable à des verrues en apparence; mais, en effet, ces tubercules n'étaient autre chose que les plus grosses papilles postérieures, comme l'indiquèrent aussitôt leur siége et leur position; car elles ne s'écartaient de l'état naturel qu'en ce que cette partie de la langue étant affectée d'une phlogose, elles étaient devenues elles-mêmes plus épaisses et plus élevées, et formaient des saillies. Je dis donc à la femme et au chirurgien de ne point s'inquiéter; et comme celui-ci s'en retournait avec moi, je ne lui donnai d'autre conseil, du moins pour ce qui concernait ces papilles, que de fréquenter les démonstrations anatomiques, négligence qui est cause, plus souvent que vous ne pensez, que l'on prend ce qui est naturel pour des maladies, comme quand on a pris pour des ulcères les trous qui sont ouverts naturellement dans les tonsilles voisines » (Epitre 50, n° 26). Cette hypertrophie peut constituer une maladie.

Les kystes de la langue sont également au nombre des cas rares. Nous en avons rencontré un exemple, il y a plusieurs années, à la consultation publique de M. Roux : c'était sur une personne de la campagne, bien portante d'ailleurs, et dont la tumeur offrait le volume d'un petit œuf et bombait vers le côté gauche de l'organe. On y sentait une fluctuation; un coup de histouri fit sortir plusieurs hydatides et un liquide transparent. Cette malade ne s'est pas représentée; nous ignorons au reste si ces sortes de tumeurs ont été encore signalées dans cette région.

Pour ce qui est enfin des tumeurs malignes, nous avons en ce moment sous les yeux, dans les salles de M. Gerdy, un cas relatif à un homme d'une cinquantaine d'années dont la langue présente un développement du tiers environ au dessus de son volume normal; ses parties latérales sont dures et inégales, bosselées aux bords et à la face supérieure, et s'accompagnent de douleurs lancinantes. Les ganglions sous-maxillaires ne sont pas notablement intéressés; mais la dureté paraît squirrho-cancéreuse et gagner toute la substance de l'organe, surtout en arrière. Un traitement antiphlogistique local, à l'aide de sangsues, de ventouses scarifiées autour de la mâchoire, et de cataplasmes, puis de frictions sur la langue avec du calomel, avait semblé d'abord diminuer le travail morbide; mais bientôt l'affection a pris le dessus. Une tumeur mollasse, du volume d'une noisette, se montre aujourd'hui vers le milieu de la face dorsale, et Dieu fasse que cela ne marche pas d'un pas accéléré vers la terminaison ordinaire à ces affections. M. Gerdy n'a pas de confiance dans les remèdes dynamiques énergiques, et nous avons dû regretter que le cas de M. Robert, que nous avons rapporté il y a quelque temps, et que nous avons rappelé à M. Gerdy, n'ait pas décidé ce praticien à prescrire le chlorure d'or. Nous avons été consulté l'année dernière par un seigneur de la cour de Naples, qui portait une de ces terribles dégénérescences à toute la langue, compliquée d'un énorme chapelet de ganglions autour du cou. Plusieurs autres chirurgiens l'ont vu successivement, et l'on a été d'accord sur l'incurabilité de la maladie. Le patient avait déjà été victime de quelques homœopathes qui lui avaient fait perdre un temps précieux dans une époque où l'affection était encore à l'état simple et traitable peut-être avec quelque succès; il a été en dernier lieu servi par un guérisseur aux poudres secrètes : il devait être, nous dit-on, guéri lorsqu'il a été trouvé mort! Ce sujet, au reste, des tumeurs de la langue, que nous n'avons fait qu'effleurer dans ces généralités, est digne de la méditation des praticiens; il reviendra encore, et avec plus de détails, sous notre plume.

La Gangrène du scrotum est au nombre des maladies graves qui se montrent de temps à autre dans nos hôpitaux. Son apparence est réellement effrayante pour l'élève qui ne la voit que pour la première fois; la chute des escarrhes en effet laisse à découvert des surfaces suppurantes énormes, et deux organes importants, dépourvus de leurs enveloppes, et qu'on croit au premier abord en voie de destruction. A moins d'avoir suivi pas à pas la nature dans son œuvre admirable de réparation, on prévoit à peine par quels moyens la force organique pourra restaurer un jour cette perte surprenante de la totalité du scrotum, et créer de toute pièce une enveloppe nouvelle aux organes spermatogènes qui pendent à découvert avec leurs cordons disséqués, comme dans une préparation anatomique. A l'instar des paupières dont il offre une grande analogie de structure, le scrotum s'infiltre, se mortifie aisément. Quatre ordres de causes emmènent dans nos climats la mortification des bourses. Dans une première catégorie se placent les lésions traumatiques. Nous en avons rapporté dernièrement un exemple observé à la clinique de M. Roux; la mortification avait succédé à une forte contusion occasionnée par une chute et suivie d'un épanchement énorme de sang dans le tissus scrotal et d'une suppuration gangréneuse qui a compromis tous les téguments jusqu'aux aînes. Après avoir couru de

grands dangers le malade a fini par guérir. Nous devons, à l'occasion de ce fait, corriger une légère erreur qui s'était glissée dans notre première rélation, c'est que les deux abcès qui se sont formés à la hauteur des fosses iliaques et dans la direction des cordons, ne pénétraient pas jusques à ces mêmes fosses, ainsi que nous l'avions présumé, ils étaient simplement bornés dans le tissu cellulaire sous-cutané. Les coups de feu au scrotum, dont nous avons vu plusieurs exemples en juillet 1830, emmènent aussi souvent la gangrène, surtout lorsqu'il s'agit de projectiles volumineux ; mais ils est rare que les bourses soient mortifiées en totalité dans ces cas ; dès lors la chose n'offre plus le même intérêt. Dans une seconde catégorie, figure en première ligne l'érysipèle phlegmoneux. Nous en avons cité dans le dernier numéro un exemple remarquable recueilli à la clinique de M. Blandin. Chez ce jeune homme, la dénudation était complète et effrayante, et après un orage des plus menaçants pour la vie, la nature s'est suffi à elle-même.

Aujourd'hui, deuxième mois de l'accident, on peut apprécier déjà les admirables résultats des efforts réparateurs de l'organisme; la peau des aînes, de la partie interne et supérieure des deux cuisses, celle du périnée et celle du pubis, ayant été mises en contribution, pour cette autoplastie spontanée. Une force concentrique puissante a appelé vers les parties dénudées ces tissus ambiants, un nouveau scrotum a été formé de la sorte, et les testicules naguère pendants à ciel ouvert se trouvent à cette heure complétement habillés d'un nouveau sac commun qui leur adhère. Cette enveloppe donne à la partie l'apparence d'un petit scrotum serré, dit à manche de pistolet. Il se passe là évidemment un travail pareil à celui que nous signalions, il y a quelque temps, à la suite d'un cas d'extirpation des paupières, pratiquée par M. Gerdy, et que la nature avait réparées aux dépens de la peau de la joue, de la tempe et du front.

Dans une autre catégorie se présente la gangrène consécutive à une injection malheureuse de vin, pendant l'opération d'une hydrocèle. Nous avons été témoins d'un cas de ce genre, arrivé entre les mains habiles de Boyer; la canule du trocquarts était usée sur le côté, et le vin s'était en partie échappé par un petit pertui latéral et infiltré dans le tissu cellulaire. Un phlegmon gangréneux des plus graves s'en est suivi, les bourses sont tombées en pourriture, et le malade n'est guéri qu'après un long traitement, et après être passé par des dangers sérieux. Un accident pareil est arrivé, il y a quelques semaines, à M. Blandin à l'Hôtel-Dieu, par inadvertance de l'aide qui tenait la canule et qui l'a retirée en partie au moment où l'on poussait le vin chaud dans la vaginale; l'opérateur s'est aperçu de suite de l'accident, il a immédiatement fendu verticalement le scrotum avec le bistouri, inférieurement, et mis le testicule à découvert, il a exprimé les parties pour faire sortir le liquide infiltré, et pansé la tumeur comme après l'opération dite par incision. La plaie a suppuré, quelques lambeaux de tissu cellulaire se sont détachés sous forme d'escarrhes, et la guérison a marché heureusement et simplement. Il est même remarquable que le temps que la nature a mis pour guérir cette hydrocèle n'ait pas été plus long que celui qu'elle emploie ordinairement après l'injection simple, vineuse ou iodée. Cet exemple montre déjà quelle est la meilleure conduite à tenir lorsque cet accident se présente, et il ramène naturellement la réflexion sur la valeur comparative de l'injection iodée et de vin chaud dans le traitement de l'hydrocèle.

Nous nous étions trompé en disant dans le dernier numéro que, dans la pratique même de M. Velpeau, l'injection avait produit quelquefois la mortification de la vaginale et des abcès; ces phénomènes n'ont été observés que dans d'autres hôpitaux ; nous avons cité à ce sujet les observations de M. Jobert, celles de M. Ricord et d'autres encore. Maintenant, est-il prouvé que l'infiltration accidentelle de la teinture iodée dans les bourses ne produit pas des accidents aussi sérieux que le vin? Les premières conclusions de M. Velpeau semblaient établir le fait, mais on sait que des expériences postérieures faites sur des animaux ont prouvé précisément ce qu'on aurait pu s'attendre *à priori*, savoir l'absorption du liquide infiltré dans le tissu cellulaire, et des symptômes d'intoxication par suite de cette absorption. Néanmoins, il faut le dire, il serait puérile de s'attendre à un pareil danger chez l'homme après l'opération même la plus maladroite d'hydrocèle avec l'iode, par la raison que la quantité de teinture qui pourrait s'infiltrer ne serait que faible, car on n'opère qu'avec une petite quantité de liquide qui est lui-même très délayé avec de l'eau. Au surplus rien n'empêcherait, le cas échéant, de fendre la boursse avec le bistouri et d'exprimer le liquide, comme dans le cas ci-dessus. Il résulte de ces remarques un avantage décisif en faveur des injections iodées, puisque à circonstances égales, l'accident en question peut donner lieu à la gangrène du scrotum si l'on opère avec du vin, tandis que la teinture iodée affaiblie ne produit rien de pareil, son effet se bornant à une inflammation adhésive, surtout si l'on adopte la formule 1 : 8, que nous avons donnée dans le dernier numéro.

Une dernière variété de gangrène scrotale est celle qui succède aux infiltrations urineuses et sur laquelle nous ne voulons nous arrêter pour le moment ; nous en dirons autant de celle qui accompagne certaines hernies étranglées, et une autre qu'on regarde comme symptômatique ou critique de certaines maladies générales de mauvais caractère. On pourrait, si on le voulait, élargir davantage encore ce cadre de la gangrène du scrotum en faisant entrer les cas par piqûre de certains insectes vénimeux, par congélation, par des substances caustiques, etc., mais un pareil examen nous conduirait au delà des limites de cet article. Disons seulement que, quelle que soit l'espèce de gangrène à laquelle on a affaire, il est toujours avantageux de fomenter les escarrhes avec de la créosote, dans le but d'en prévenir la putréfaction et

l'absorption. Cette pratique est déjà connue depuis longtemps, ainsi qu'on a pu le voir par un article de M. Giacomini, que nous avons donné sur la créosote, et c'est sans doute par inadvertance que M. Piorry s'en est déclaré l'auteur dans ces derniers temps.

Une question assez importante se présente : c'est de savoir quelles sont les conséquences possibles d'un pareil travail sur la force fonctionnelle des testicules, et que résulte-t-il sous ce même point de vue, d'un scrotum accidentel, étroit, fortement serré contre les glandes spermatogènes? Cette question paraît oiseuse au premier abord, et nous n'y aurions pas songé sans la connaissance des faits suivants que M. Jobert à consignés dans son traité des plaies d'armes à feu. Citons textellement : « Il n'est pas rare, dit cet auteur, de voir une plaie d'arme à feu des bourses, même légère, qui n'a pas atteint les testicules ni les cordons, être suivie d'une atrophie, tantôt des deux testicules, tantôt d'un seul. Il y a encore mieux, c'est qu'une plaie produite par une balle ou tout autre projectile peut être accompagnée du même résultat, par cela seul qu'elle existe dans le voisinage des parties sexuelles, et lors même qu'aucune de ces parties n'aura été atteinte. J'ai remarqué plusieurs fois sur des blessés de juillet cette espèce de paradoxe physiologique, et M. Larrey lui-même a également constaté le fait à l'expédition d'Egypte... Il est des circonstances dans lesquelles on peut se rendre compte de cette atrophie sans que l'organe sécréteur du sperme ait été endommagé; c'est lorsque la perte de substance du scrotum est très considérable, soit par la destruction immédiate opérée par le projectile, soit par ses suites, c'est-à-dire l'inflammation et la gangrène. Il peut arriver alors que la cicatrice, en se fermant, presse tellement le testicule et l'étrangle au point d'en déterminer la diminution progressive, plus tard même la disparition complète. J'ai constaté ce fait sur plusieurs blessés, et le résultat a été le même chez ceux dont la blessure avait été déterminée par des corps contondants ordinaires, comme chez ceux sur le scrotum desquels avait agi le plomb lancé par la poudre. C'est aussi probablement ce qui est arrivé à un blessé de juillet, traité par M. Roux. Celui-là non plus n'avait eu aucune atteinte directe portée aux testicules de la part du projectile, le scrotum seul avait été désorganisé dans une étendue notable; je dois dire cependant qu'une des glandes spermatiques avait été largement mise à découvert... Ce malade ne nous parut plus porter qu'un testicule, lorsque, quelque temps après, il nous arriva à la maison de convalescence de Saint-Cloud. » (Jobert, Plaies d'armes à feu, 1833, p. 231). Ces observations s'appliquent tout naturellement aux suites de la gangrène du scrotum par une cause quelconque; mais ici les faits directs manquent à la science; ces sortes de malades n'ayant pas encore été étudiés à ce point de vue, à ce que nous sachions. Cette question reste donc à l'ordre du jour et réclame de nouvelles observations.

La hernie ombilicale étranglée s'offre généralement avec de si fâcheuses conditions, dans les hôpitaux comme en ville, qu'on ne saurait trop prendre de précautions pour le bon succès de l'opération et rester dans les termes d'une très grande réserve dans le pronostic. Dans le courant de l'année qui vient de s'écouler, un premier cas de ce genre s'est présenté à Saint-Louis; M. Jobert l'a opéré avec toute la délicatesse qu'on connaît à cet habile opérateur; les pansements ont été faits avec un grand soin, le malade a été saigné, purgé, etc.; cela ne l'a pas empêché de succomber à une péritonite générale le surlendemain; les détails de ce fait, nous les avons donnés dans un de nos derniers numéros. Un autre cas pareil s'est présenté dans la pratique privée de M. Gerdy; le résultat a été le même. Nous devons faire remarquer que dans ces deux faits les conditions de la maladie étaient telles que la tumeur a dû être ouverte dans toute sa hauteur verticale, afin de pouvoir atteindre le point de l'étranglement. Un troisième cas s'est offert, il y a peu de jours encore, à l'hôpital Beaujon (M. Robert). Il s'agit d'une femme âgée de 40 ans, accouchée depuis quelque temps, nourrice; elle avait fait sept enfants et portait depuis sept ans une hernie ombilicale, laquelle avait acquis petit à petit des dimensions énormes. Elle est entrée à l'hôpital presque mourante. A l'examen, on a trouvé une tumeur du volume d'une tête d'homme adulte, à base très large, au dessus de la cicatrice ombilicale et inclinée à droite. Cette tumeur était flasque et molle comme une vessie pleine d'étoupe, indolore partout, excepté sur un point en bas et un peu à gauche, habituellement irréductible (la malade n'ayant jamais fait usage de bandage). Toute la paroi inférieure du ventre est d'un relâchement extrême, elle représente une sorte de tablier énorme, replié sur lui-même en bas, et débordant par un gros bourrelet circulaire sur toute l'enceinte des flancs et des pubis, de telle sorte que cette espèce d'outre flottante descendait jusqu'au tiers supérieur des cuisses, et couvrait la vulve et les plis des aînes. On prévoit déjà, par cet état du ventre, qu'il s'agit d'une femme très replète, atteinte d'obésité. Elle vomissait à chaque instant des matières bilioso-stercorales; son pouls était filiforme, extrémités froides, abattement extrême, yeux tournés en haut et cachés sous les paupières supérieures à demi fermées. Le commémoratif a appris que de temps en temps cette femme éprouvait des nausées, des vomissements et des coliques, mais ces symptômes s'apaisaient par le repos au lit et la diète. Dans les derniers temps, les retours de ces accidents se rapprochaient, et en dernier lieu, les symptômes ont redoublé à trois jours de distance, à l'occasion de quelques écarts diététiques; les vomissements et les coliques ont persisté, ont augmenté; le deuxième jour, les vomissements ont pris le caractère chyleux, puis bilioso-stercoral.

C'est dans cet état que la malade a été transportée à l'hôpital, le soir du second jour du dernier orage. L'élève de garde a appliqué des cataplasmes sur le point douloureux de la tumeur; l'état de la malade cepen-

dant a paru s'aggraver tellement par les progrès naturels de l'affection, qu'on a craint qu'elle ne succombât de suite. Dès lors, M. Robert a été mandé à dix heures du soir. Ce chirurgien a opéré de la manière suivante, sans pourtant compter beaucoup sur un succès favorable : il a incisé la tumeur sur le point douloureux, en bas et un peu à gauche, dans l'étendue seulement de six à neuf centimètres (2 à 3 pouces) ; il a mis avec précaution le sac à découvert, et, sans l'ouvrir, il a essayé d'arriver avec son doigt jusqu'à la racine de ce même sac, c'est-à-dire jusqu'à la fente de la ligne blanche qui lui avait donné passage ; il espérait opérer ainsi d'après le procédé attribué à Key ou à Astley-Cooper, et qui appartient en réalité à Cheselden et à Boccanera (de Naples), c'est-à-dire, débrider l'anneau sans ouvrir le sac ; mais la chose a été impossible, la profondeur étant énorme et les résistances insurmontables. Dès lors, l'opérateur a ouvert le sac ; il a trouvé l'épiploon parfaitement blanc, et une masse exhorbitante d'intestins plus ou moins malades. Par cette voie, il est arrivé à une grande profondeur jusqu'à l'anneau, il y a glissé avec précaution un bistouri boutonné et il a débridé la fente aponévrotique légèrement. Il a ensuite cousu la plaie du péritoine et des téguments, donné intérieurement de la glace et de l'eau de seltz. Cela a suffi pour conjurer l'orage, et la femme est revenue petit à petit de la mort à la vie. Aujourd'hui, troisième semaine de l'opération, la femme est tout à fait bien, la plaie s'est cicatrisée. Cependant, nous devons ajouter qu'à deux reprises différentes les vomissements et les coliques ont reparu à l'occasion d'un écart de régime, mais on les a heureusement dissipés à l'aide de quelques moyens dynamiques simples. La tumeur, au surplus, reste toujours comme une masse irréductible, molle, sonore, à large base, et proémine tellement qu'on dirait au prime-abord que cette femme a deux ventres l'un sur l'autre, et dont le postérieur représente une sorte de valise gigantesque, flottante.

Quelles sont les causes de cette gravité si redoutable de la hernie ombilicale étranglée? Il y a là plusieurs éléments importants à considérer, et auxquels on n'a peut-être pas suffisamment fixé l'attention, à cause peut-être de la rareté de cet étranglement. Faisons remarquer d'abord que cette gravité est commune aux deux sexes, et indépendante, jusqu'à un certain point, du volume de la tumeur. Dans le cas de M. Jobert, la hernie existait chez un homme robuste et offrait le volume du poing ; or, la même maladie à l'aîne guérit ordinairement par une opération aussi bien faite que celle-là. La malade de M. Gerdy était dans la force de l'âge, dans d'excellentes conditions, et elle a pourtant succombé également à la péritonite. Le fait général qui semble dominer ces sortes de tumeurs, c'est leur condition anatomique, différente de celle des hernies qui se montrent à la partie inférieure de l'abdomen. Cette condition est telle que l'étranglement n'a lieu que beaucoup plus difficilement à l'ombilic, et par cela même, il faut un concours de circonstances plus graves et qui rendent formidable l'accident dès son début. La tumeur fait d'ailleurs partie du centre de l'abdomen, son pédicule est large et son sac ne forme point un appendice éloigné en quelque sorte du système abdominal, comme dans les hernies inguinales et crurales. D'autres raisons encore, puisées dans ce système de vues anatomiques, donnent peut-être la clé du phénomène dont il s'agit. Un autre point plus important encore est relatif au mode opératoire. Nous avons déjà appelé l'attention sur ce sujet, et nous avons rappelé les raisons très graves qui militent en faveur du procédé de Cheselden ou d'A. Cooper, auquel vient de se conformer M. Robert ; nous n'en dirons pas davantage aujourd'hui.

Hôpital Saint-Louis (M. Jobert).

POLYPE UTÉRIN. EXCISION. CAUTÉRISATION AU FER ROUGE. — Une femme âgée de 50 ans passés a été reçue pour une affection utérine. L'examen au toucher et au spéculum a fait découvrir la présence d'un polype volumineux engagé à peine dans le col ; cette ouverture était dilatée comme une pièce de deux francs. Les symptômes que la malade présentait étaient en rapport avec ce diagnostic ; nous les omettons comme des lieux communs ; disons seulement que la santé générale de la patiente était assez bonne, malgré les pertes sanguines qui la minaient depuis longtemps. Aujourd'hui, 10 janvier, M. Jobert l'a opérée de la manière suivante. La malade a été couchée sur la table à opérations et maintenue comme pour un accouchement artificiel ; l'opérateur, assis sur une chaise haute devant elle, introduit un spéculum bivalve et y engage le col utérin. A travers ce spéculum, il saisit solidement la lèvre antérieure du museau de tanche avec une pince de Muzeux, ôte le spéculum et attire doucement l'utérus vers la vulve. Les doigts de plusieurs aides écartent largement les grandes lèvres et l'entrée du vagin ; le col est ainsi à découvert ; une seconde pince-érigne est implantée sur la même lèvre utérine, à côté de la première, et l'on tire ainsi le col tout à fait entre les grandes lèvres, en même temps que le chirurgien soulevait tout le museau de tanche à l'aide d'un doigt glissé à la face postérieure du col ou de l'autre lèvre de l'ouverture utérine. On voit alors le polype remplir l'ouverture du museau de tanche comme une tête d'enfant ; l'opérateur fait tenir les deux premières pinces par des aides, et il accroche le polype en plein avec une troisième pince-érigne. Le polype, saisi de la sorte, est tiré doucement, il franchit le col, dépasse la vulve ; le chirurgien glisse ses doigts derrière la masse morbide et s'empare du pédicule, qui est très gros (au moins de quatre centim., ou un pouce et demi, de diamètre), il l'explore pour s'assurer de sa vascularisation artérielle ; et n'y ayant pas senti de battements, il l'a excisé à l'aide d'un bistouri boutonné. Tout cela a été exécuté avec une précision, une promptitude, une simplicité surprenantes.

Aussitôt après l'excision, il ne s'est pas écoulé de sang ; mais M. Jobert avait tout préparé pour cautériser le pédicule ; il a voulu d'abord voir si un écoulement sanguin aurait lieu ; aussi a-t-il un instant abandonné les parties et laissé remonter l'utérus. Immédiatement, du sang artériel a commencé à couler assez abondamment. Sans désemparer, l'opérateur réintroduit le spéculum, ressaisit la lèvre antérieure du museau de tanche et l'entraîne près de la vulve comme précédemment, il s'est emparé de l'ouverture du col, l'a dilatée largement à l'aide de pinces-érignes, a essuyé tout le sang, inspecté le point d'où il émanait, savoir le lieu

du pédicule, a glissé sur ce point une petite valve de spéculum, en forme de gouttière, le long de la paroi antérieure du vagin et de l'arcade pubienne, afin de ne laisser à découvert que le seul point de la section du pédicule. Les choses étant disposées de la sorte, M. Jobert a porté un bouton de fer incandescent dans l'intérieur même de la cavité utérine et l'y a appliqué assez fortement. A l'instant même, le sang s'est arrêté. Cette pratique de la cautérisation est habituelle à M. Jobert dans ces cas; elle a pour but principal de procurer une suppuration franche, une phlogose limitée et exempte de phlébite, et une granulation prompte de bonne nature. Les métrites graves, les phlébites utérines si fréquentes et si redoutables par les autres méthodes, sont heureusement prévenues par la cautérisation au fer incandescent. La malade n'a pas accusé la moindre douleur par cette cautérisation, et elle est retournée dans son lit avec tout autant de force qu'à son entrée, comme s'il ne s'était agi que d'une opération des plus légères, et pourtant c'était bien là un véritable accouchement forcé. Cette introduction du fer caustique dans la cavité utérine n'a pas offert de difficulté, vu le grand développement de l'organe et du col comme dans une grossesse de six mois; ce col a pu être écarté, dilaté, retroussé par la main de l'opérateur comme un sac à coulisse.

La tumeur a été ensuite disséquée sous nos yeux; elle offre le volume du poing d'un homme adulte; elle est d'une forme pyramidale, rénitante et lourde comme du caoutchouc. Sa surface externe est sero-muqueuse, égale et lisse. A l'endroit de la section, on distingue clairement deux tissus différents, dont l'un enveloppant et continu comme une coque, l'autre intérieur ou enveloppé. Le premier est manifestement formé par une couche musculeuse de l'utérus, l'autre est essentiellement fibreux. La tumeur ayant été divisée en deux, il a été facile de voir nettement les deux éléments; on aurait cru avoir sous les yeux une grosse pomme fendue en deux, dont l'écorce épaisse était représentée par l'enveloppe utérine. Cette enveloppe offrait une épaisseur variable dans les différents points de son étendue, depuis un millimètre (un tiers de ligne) jusqu'à un centimètre (un tiers de pouce). Dans ces derniers endroits, les fibres musculeuses de la substance de l'utérus étaient claires et nettes. Il était facile, au reste, de la séparer du tissu fibreux en la tirant avec les ongles, comme une écorce d'orange; du tissu cellulo-fibreux assez flasque servait de réunion aux deux substances. Le tissu intérieur de la masse était un véritable type des masses fibreuses, avec des nodosités du volume de noisettes, absolument comme la substance des vieilles cicatrices.

P. S. Les suites de cette opération ont été heureuses, la femme n'a présenté qu'une légère réaction; mais, chose remarquable, quelques jours après, lorsque la patiente était déjà bien portante, un bubon s'est formé à l'aîne gauche, lequel a suppuré, mais sans entraîner aucune suite sérieuse. Ne serait-ce pas là un effet de l'irritation utérine propagée à l'aîne, soit par le ligament rond, soit par les lymphatiques des grandes lèvres?

— Les commentaires deviennent à la vérité superflus à la suite des détails aussi circonstanciés et intéressants qu'on vient de lire. Nous ne devons cependant omettre de ramener l'attention du lecteur sur deux points essentiels de cette belle opération : le premier est relatif à l'époque de la maladie à laquelle l'excision a été appliquée. On avait établi, en principe, de n'attaquer les polypes utérins qu'après leur complet accouchement, c'est-à-dire après leur descente complète dans le vagin. La raison de ce précepte était double : on voulait, d'une part, laisser amincir la coque utérine par son allongement et éviter ainsi la réaction phlogistique qui pouvait résulter de l'excision ou de la ligature, d'une couche de substance utérine; d'autre part, on trouvait plus de facilité à l'opération. Cette temporisation cependant avait l'inconvénient grave de laisser épuiser les malades par les hémorrhagies répétées, par les écoulements séro-purulents abondants, et de les voir périr assez souvent de faiblesse, ou même de laisser le mal devenir incurable par une dégénérescence de la tumeur ou de l'utérus lui-même. D'un autre côté, la difficulté de l'exécution de l'opération n'est que rélative; car, par les moyens dont l'art dispose aujourd'hui, l'exécution n'offre plus d'obstacles insurmontables, et la preuve, c'est que, chez la femme en question, le polype était encore en totalité dans l'utérus, il n'avait pas franchi le col; seulement celui-ci était dilaté et la tumeur était sentie dans son orifice : et pourtant l'on vient de voir avec quelle rapidité et exactitude le tout a pu être enlevé. L'on se rappelle d'ailleurs que Dupuytren fendait le col avec le bistouri, au besoin, pour atteindre la tumeur. C'est par conséquent un très grand avantage de pouvoir opérer de bonne heure, la constitution étant encore en bon état. Il est vrai qu'alors la coque musculeuse et le pédicule offrent encore une épaisseur quelquefois considérable; mais quand on opère par excision et qu'on cautérise la section avec un fer incandescent, il n'y a rien à redouter de cette circonstance, l'expérience ayant surabondamment rassuré à cet égard. Le cautère actuel, en effet, que nous voyons toutes les semaines appliquer sur l'utérus par M. Jobert, procure, dans ces circonstances, le quatruple avantage que nous venons de signaler : d'arrêter immédiatement l'hémorrhagie, de limiter le travail inflammatoire, de prévenir la phlébite et de procurer un bourgeonnement franc et prompt.

Le second point concerne cette même pratique de la cautérisation intra-utérine au fer incandescent, et qui constitue une addition heureuse et puissante aux moyens que la thérapeutique opposait déjà à la maladie dont il s'agit. Nous comprenons qu'on éprouve une certaine répugnance à porter ainsi le fer et le feu dans l'intérieur d'un organe aussi important; nous éprouvions nous-mêmes une pareille répugnance dans la crainte d'une métro-péritonite grave; mais depuis que nous avons vu de nos propres yeux, non une fois, mais deux cents fois ou davantage, l'innocence d'une part, et les effets salutaires de ce moyen dans une foule de maladies utérines plus ou moins graves, nous nous faisons un devoir de rassurer complétement à cet égard, et il n'est pas de chirurgien qui ait été comme nous témoin de ces résultats à Saint-Louis, qui ne s'en déclare aujourd'hui grand partisan. Ce qui étonne d'abord, c'est l'*absence absolue* de toute douleur au moment de l'application du feu sur l'utérus; ensuite, c'est la simplicité, l'innocence de la réaction et la bonté des résultats définitifs. Nous comprenons aujourd'hui pourquoi depuis

les Arabes et Marc-Aurèle Séverin, tous les chirurgiens qui ont essayé avec quelque persévérance le fer rouge dans des affections diverses en sont devenus partisans jusqu'à l'enthousiasme. On prévoit déjà, par ce qui précède, de combien la méthode de l'excision, formulée de la sorte, doit désormais l'emporter sur la ligature.

CONSTIPATION PROLONGÉE. RÉTENTION DE MATIÈRES FÉCALES INDURÉES DANS LE RECTUM. OPÉRATION. — Une femme, âgée de 40 ans passés, petite taille, assez replète, de bonne constitution, n'ayant pas fait d'enfants, exerçant la profession de couturière, était depuis quatre mois sujette à des constipations prolongées. Préalablement déjà, elle ne pouvait aller à la garde-robe qu'à l'aide de lavements. Cette ressource cependant était devenue insuffisante depuis quatre mois, et elle n'allait un peu qu'à l'aide de purgatifs. En dernier lieu, les purgatifs eux-mêmes ne produisaient plus de gardes-robes et ils troublaient son organisme sans avantage. Dès lors, elle s'est fait recevoir à Saint-Louis : elle ne va pas à la selle depuis onze jours, le toucher par le vagin fait sentir une tumeur énorme formée par la dilatation du rectum rempli de matières, l'urine coule involontairement, l'anus est dilaté, le sphincter relâché, de la matière fécale se voit à l'entrée; le doigt entre de ce côté dans une sorte de cloaque à dimensions gigantesques, le rectum étant fort dilaté et rempli de matières dures. Le ventre est balonné et dur, la santé générale assez bonne. La patiente a été placée sur la table à opérations comme pour un accouchement artificiel, le chirurgien a glissé, avec une grande facilité, dans le rectum, une cuillère ordinaire en fer, dont se servent les ouvriers à leurs repas, après l'avoir enduite d'huile à sa face externe seulement. On comprend que de l'huile passée à la face concave aurait embarassé la manœuvre en faisant échapper les matières saisies. Avec cet instrument, il a chargé d'arrière en avant et en différents sens de la matière, qu'il a retirée à plusieurs reprises sous forme de cylindres énormes et de boules indurées : véritables biscaïens ou noix muscades choisies, articulés comme les crottes des solipèdes. Chaque extraction a été exécutée avec précaution pour ne rien déchirer, à l'instar d'un accouchement au forceps; le rectum était tellement dilaté et bourré qu'il rappelait un mortier chargé à mitraille. La matière extraite s'élevait à plusieurs masses remplissant un bassin métallique d'hôpital, elle était dure, sèche et noire. La malade s'est sentie soulagée. On lui a prescrit un bain et une potion d'huile de ricin. Il est probable que le colon descendant est rempli de matière pareille.

P. S. Pendant plusieurs jours cette malade a eu des évacuation alvines extrêmement copieuses; on l'aurait dite un véritable tonneau de fossoyeurs! Aujourd'hui, dixième jour de l'opération, elle est bien portante, mais ses urines continuent à couler involontairement, ce qui peut tenir à la persistance de l'irritation que les matières rectales avaient causée sur le col vésical.

—On ne se rend pas suffisamment compte, d'après l'état actuel des connaissances, des véritables causes de cette impuissance du rectum. Il résulte de belles recherches d'O'Beirne, que, dans l'état normal, les matières de chaque garde-robe ne sont pas collectionnées dans le rectum proprement dit, mais bien dans la portion inférieure du colon, qui se termine à l'angle sacro-vertébral; c'est là qu'elles s'amassent et provoquent par leur présence cette espèce de poids contractile, de colique sourde, incommode et pressante qui appelle à la fonction expulsive. Dans cette fonction, le rectum se contracte, les spincters s'ouvrent, les ouvertures se rapprochent et se dilatent, et le tampon stercoral descend de l'angle sacro-vertébral, et sort en parcourant le rectum raccourci par la contraction. Cet intestin est donc un véritable organe d'expulsion ou d'élimination, et non de rétention ou un réservoir, comme on le croit. On comprend par là comment, par suite de son impuissance, les matières se collectionnent, s'amassent et séjournent dans le cloaque rectal, dilatent celui-ci, compriment le col vésical et donnent lieu à l'incontenence d'urine, etc. On peut se demander si des habitudes honteuses, de coït contre-nature, ne pourraient pas donner naissance à l'impuissance dont il s'agit; c'est là une simple conjecture.

HYDROCÈLE OPÉRÉE PAR INCISION. — On rencontre de temps en temps des hydrocèles testiculaires qui sont réfractaires à la méthode de l'injection : ce sont celles dont la tunique vaginale est épaissie, remplie de fausses membranes ou indurée, cartilaginifiée, ossifiée. Un cas de ce genre s'est présenté aujourd'hui, 18 janvier, à Saint-Louis. Il s'agit d'un charretier âgé d'une soixantaine d'années, qui portait une hydrocèle d'un volume inusité au côté droit des bourses. La tumeur avait commencé depuis trois ans, et avait surtout augmenté depuis trois mois avec des douleurs intenses, à tel point que le malade avait été obligé de garder le lit depuis quelque temps. Cette tumeur offrait le volume de la tête d'un homme, de forme oblongue; sa surface était parsemée d'un grand nombre de veines dilatées; soupésée, elle était très lourde, douloureuse; elle était opaque, mais manifestement fluctuante à la pression. Ses enveloppes, au reste, étaient manifestement épaissies. Tout cela, joint aux douleurs que le malade y accusait, a fait diagnostiquer un état de complication inflammatoire des parois du sac séreux, avec fausses membranes et probablement aussi des caillots sanguins. M. Jobert y a pratiqué une ponction exploratrice avec un troisquarts; la canule n'a donné qu'avec peine issue à du liquide, d'abord séreux, puis séro-purulent; cette difficulté a paru provenir de la présence de fausses membranes. Dès lors, le chirurgien a fendu la tumeur avec le bistouri et en a évacué le contenu C'était de la sérosité purulente, très fétide, et des fausses membranes par poignées, analogues à des blancs d'œufs pourris et sentant fortement l'hydrogène sulfuré. Les parois de la poche offraient une épaisseur de trois à quatre centimètres généralement (plus d'un pouce); deux ou trois artères ont dû être liées. Le fond de cette cavité était couvert de fausses membranes adhérentes, comme dans certaines pleurésies chroniques. Le testicule était lui-même repoussé en dedans et en avant, et matelassé dans des couches épaisses de tissus accidentels; cet organe a été respecté. Pansement par seconde intention; tamponnement avec de l'amadou. Le malade s'est senti soulagé de ses douleurs après cette opération.

— Dans l'état actuel de l'art une opération d'hydrocèle testiculaire par incision est un fait rare, et par cela même intéressant. C'est à ce titre que nous avons rapporté le fait ci dessus. On aurait commis une faute réelle, dans ce cas, si on eût opéré par injection, par la raison que les masses considérables de fausses membranes flottantes se seraient opposées à l'oblitération de la poche. On pourrait même dire que

sans ces fausses membranes la nature aurait opéré d'elle-même cette oblitération, car la vaginale était suffisamment enflammée pour cela. Quelle eût été la conséquence de cette maladie douloureuse si on l'eût abandonnée plus longtemps à elle-même? Cette conséquence aurait pu être grave, car la constitution du patient paraissait minée déjà par la souffrance. C'est là, il faut en convenir, une marche inusitée de la maladie, et partant non signalée dans nos livres classiques.

Hôpital de la Charité (M. VELPEAU).

Fracture de la première vertèbre cervicale par un coup de pistolet dans la bouche. — Un jeune homme, cocher, s'est tiré, pour se suicider, un coup de pistolet à double balle dans la bouche. Les deux projectiles ont violemment déchiré la face supérieure de la langue, percé la base de cet organe d'avant en arrière et se sont perdus dans les tissus profonds du cou sans qu'on ait pu les découvrir. Transporté à la Charité dans un état déplorable, cet homme est mort promptement. A l'autopsie, on a trouvé la première vertèbre cervicale fracassée, surtout à son côté droit, et l'os occipital également fracturé vers son point d'union avec cette vertèbre. La moelle épinière ni ses membranes n'étaient altérées; mais les parties fracassées par les balles étaient en suppuration, et les restes d'une méningite encéphalique expliquaient suffisamment les causes des symptômes que ce malheureux avait présentés et sa prompte terminaison fâcheuse. On ne s'attendait pas à rencontrer les lésions ci-dessus : aussi ce cas a-t-il paru offrir un véritable intérêt. Les balles n'avaient pu être encore retrouvées sur le cadavre au moment où nous rédigions ces lignes sur la vue des pièces présentées par M. Velpeau : ce clinicien présume qu'elles ont été avalées.

— Les coups de pistolet que les suicides se tirent dans la bouche ne tuent ordinairement que de deux manières : par fracture de la base du crâne, avec ou sans passage du projectile dans le cerveau; ou bien par méningite, précédée ou non de commotion encéphalique. Dans ce dernier cas, la phlogose suppurante qui succède au fracas de la voûte palatine ne se propage aux méninges que plusieurs jours après l'accident, et il est possible souvent de prévenir une pareille catastrophe. Il est cependant un troisième mode, c'est lorsque le projectile a frappé directement la colonne vertébrale; ce cas est des plus rares, et il n'est peut-être pas assez mentionné par les auteurs. A ce dernier point de vue, le fait offre donc un intérêt réel. On pourrait sans doute indiquer d'autres espèces de lésions mortelles que la balle peut produire en pareille occurrence, comme l'ouverture d'une grosse artère, etc.; mais ce sont là des cas exceptionnels.

Rétrécissement inflammatoire de l'œsophage. Autopsie. — Une femme, âgée de 36 ans, domestique, habituellement sujette à des maux de gorge, d'assez bonne constitution, s'est aperçu, il y a dix-huit mois, d'une certaine difficulté dans la déglutition. Cette difficulté a été de plus en plus progressive; les aliments solides, puis les boissons elles-mêmes ont trouvé de l'obstacle à passer : de là, maigreur, faiblesse et découragement. C'est dans cet état que la malade est entrée à la Clinique, il y a un mois environ. A l'examen, on pouvait distinguer au cou une tumeur plate et dure comme un demi-citron à la partie supérieure; le toucher à travers la bouche faisait sentir cette tumeur vers la partie supérieure de l'œsophage. Une salivation abondante contribuait encore à augmenter le tourment, le dessèchement, la faiblesse que la femme éprouvait déjà. M. Velpeau a pratiqué le cathétérisme de l'œsophage avec quelque difficulté; des sondes élastiques, de volume progressif, ont été passées dans cet organe; la femme cependant s'est affaiblie de plus en plus, et enfin elle a succombé à une sorte de dyspnée suffoquante. A l'autopsie, on a trouvé une sorte d'engorgement inflammatoire chronique autour de la trachée-artère et de l'œsophage, s'étendant depuis le pharynx à 8 ou 9 centimètres au dessous (2 à 3 pouces). Cette masse formée de lymphe plastique épaissie, analogue à celle qu'on rencontre autour des vieux trajets fistuleux, comprimait l'œsophage et le canal de l'air, surtout vers un point où une sonde pouvait à peine passer. Le conduit alimentaire se trouvait déjeté de côté sur le point le plus rétréci. La muqueuse des deux canaux était généralement saine, excepté sur un point de l'œsophage, où elle était suppurée et ulcérée. La poitrine a offert quelques restes d'une pleurésie, mais les poumons étaient sains, sauf un certain degré d'engouement sanguin.

— Un rétrécissement de l'œsophage par une tumeur squirrho-cancéreuse n'offre plus de nos jours un grand intérêt au point de vue de la science; mais quand la lésion se rattache à un travail inflammatoire, comme dans le cas précédent, elle se range déjà au nombre des cas rares et réclame les secours les plus prompts; car elle est alors susceptible de guérison. Malheureusement ces sortes de malades n'ont que tardivement recours aux conseils des hommes de l'art; il en résulte que l'affection est tout aussi formidable que celle qui dépend d'une maladie cancéreuse. Il est au reste difficile, sinon toujours impossible, de dire si le mal est ou non de nature cancéreuse, et l'on ne saurait d'ailleurs pas préciser où le travail inflammatoire chronique finit et où le cancéreux commence. A part ces questions générales, le rétrécissement de l'œsophage doit être toujours considéré comme une maladie des plus graves, même dans les cas où sa nature est des plus bénignes, par la raison que les moyens dont la chirurgie dispose en pareils cas ne sont que mécaniques; la condition dynamique par conséquent persiste toujours, et, à moins de la combattre dynamiquement, elle doit constamment faire des progrès et entraîner le malade au tombeau.

Tumeur erectile. Pate de zinc. — Un enfant à la mamelle, âgé de cinq mois, bien constitué et bien portant, a été reçu avec sa mère pour une tumeur érectile du volume d'un marron qu'il présentait à la tempe droite, très près, ou plutôt contiguë à l'angle externe des paupières. Cette tumeur était manifestement artérielle, mais irréductible, à peau très fine et menaçant rupture. Il eût été imprudent de l'attaquer avec le bistouri; la ligature n'offrait pas des conditions bien favorables, vu la largeur de la base et les racines profondes de la végétation. Par la même raison, les aiguilles en permanence et le broiement ont dû être rejetées. M. Velpeau s'est donc arrêté à la cautérisation. La pâte de Vienne s'est présentée d'abord à l'esprit, mais on a dû y renoncer dans ce cas particulier, par la raison que ce caustique, dont l'action est généralement circonscrite dans

les limites tracées par la pâte primitive, offre l'inconvénient de déterminer un écoulement de sang des tissus qu'il frappe, surtout lorsque ces tissus sont de nature sanguine. Il en résulte une sorte de fusion de la potasse et de la chaux que le sang entraîne aux environs. De là un affaiblissement de l'action destructive sur le lieu d'application, et une fusion plus ou moins fâcheuse aux environs. Ces raisons ont donc fait rejeter ce caustique, eu égard à la délicatesse de l'organe visuel qui aurait pu être lésé par l'espèce de fusion dont il s'agit. La pâte sulfurique, dont nos lecteurs connaissent déjà la formule, a paru préférable. Ce caustique ne produit pas d'épanchement sanguin comme la potasse, et il borne d'ailleurs son action sur le lieu même de son application. On a donc couvert la petite tumeur d'une couche de pâte œthiopique, de l'épaisseur de quelques millimètres, et l'on a surveillé le sujet jusqu'à ce que le caustique se serait desséché ; mais l'enfant a été tellement agité par le fait sans doute de la douleur, que, peu de temps après, la pâte a semblé, à l'interne, fuser et se répandre dans l'enceinte palpébrale; on s'est, en conséquence, hâté de l'enlever en essuyant les parties avec une compresse. Le lendemain, les paupières étaient gonflées et comme menacées d'ophthalmie purulente, la tumeur s'était déjà indurée sans être pourtant pas flétrie. Cet état des paupières ayant été combattu, quelques jours après M. Velpeau a attaqué la tumeur avec une rondelle de pâte de chlorure de zinc. Ce caustique ne pouvant pas fuser et pouvant d'ailleurs être fixé solidement, s'est offert avec des conditions plus sûres. La rondelle offrait trois millimètres d'épaisseur et une largeur à peine moindre que celle de la surface de la tumeur ; elle a été limitée dans une lunette de sparadrap, couverte et fixée à l'aide d'une compresse et d'une bande. Le résultat a été satisfaisant, la tumeur a été flétrie, détruite, l'escarrhe a laissé une petite plaie de bonne nature qui s'est cicatrisée en peu de jours. La cicatrice qui en est résultée est si petite, si linéaire d'ailleurs, qu'elle est à peine visible et ne forme guère le sujet d'une difformité. L'enfant est sorti aujourd'hui, un mois ou six semaines après son entrée. La guérison a, comme on le voit, marché très vite.

— Il nous a semblé utile pour la pratique d'entrer dans tous ces détails, bien qu'il ne s'agisse, au premier aspect que d'un fait très commun et d'un traitement généralement connu. Sans doute que, s'il ne s'agissait que d'une question de principes, cette observation n'aurait rien à réclamer pour elle; mais au point de vue clinique, de l'application circonscrite à un cas spécial, il y a là des conditions que les véritables praticiens sauront goûter. On a guéri les tumeurs érectiles de vingt manières différentes; mais on a aussi essuyé des accidents plus ou moins fâcheux par les méthodes mêmes qu'on croit les meilleures. C'est surtout chez les enfants très tendres, et lorsque le mal existe dans certaines régions délicates, que les difficultés se présentent. La thérapeutique offre certainement une grande richesse de moyens contre la maladie en question, mais c'est justement dans le choix convenable, approprié à la circonstance, qu'est l'embarras. C'est aussi à ce point de vue que nous présentons ce fait important. Deux écueils sont à éviter chez les enfants à la mamelle, atteints de ces tumeurs : les pertes de sang, et les suppurations abondantes. Nous avons vu la mort succéder promptement à l'une ou l'autre de ces conditions. Dans le cas de la Charité, il y avait un troisième danger qui résultait du voisinage de l'œil. Le caustique zincique a paru offrir des avantages réels sur les autres; aussi y appelons-nous sérieusement l'attention. Nous avons parlé, il y a quelque temps, d'un cas pareil au précédent, opéré à l'Hôtel-Dieu à l'aide du seton avec un simple fil ciré ; le résultat n'a pas été aussi satisfaisant qu'on l'avait espéré; la suppuration ayant traîné en longueur, la tumeur a dû être excisée à la fin, elle existait à la racine du nez, entre les deux sourcils. La pâte de zinc a opéré, au contraire, très promptement, et la guérison a été rapide.

Hôtel-Dieu. (M. Chassaignac.)

Moxa camphorique. — Un nouveau mode expéditif, que M. Chassaignac a adopté pour l'application des moxas, est le suivant : il prend un morceau de camphre gros comme une noisette, le serre entre les mords d'une pince à pansement et l'allume d'un bout à la chandelle, puis il le pose du bout opposé sur la partie malade. Le camphre prend feu à l'instant et donne une belle flamme très vive; on fait en sorte que cette flamme ne vacille pas, soit par des courants d'air, soit par les mouvements involontaires du malade; car elle brûlerait les parties environnantes. A peine le corps enflammé est-il appliqué sur les chairs, que la chaleur s'y communique et provoque les hauts cris; le chirurgien, après l'y avoir tenu quelques instants, le passe d'un endroit dans un autre, puis dans un autre, de sorte qu'un petit morceau de camphre suffit pour trois ou quatre moxas dans la même séance, et tout cela s'exécute dans l'espace de quelques minutes sans aucun appareil spécial. L'escarrhe est légèrement gris-jaunâtre et molle, de la largeur de l'ongle du petit doigt. On conçoit cependant qu'on peut lui donner les dimensions qu'on désire tant en largeur qu'en profondeur, en laissant brûler assez longtemps un morceau de camphre de volume proportionné.

— On a tant varié la matière des moxas, qu'on ne doit pas s'étonner que les chirurgiens ne suivent pas tous les mêmes errements dans cette espèce d'ustion. Nous ne savons si le camphre se trouve précisément au nombre des matières proposées ou employées pour cela, mais nous sommes certain que des objections ont été élevées sur les escarrhes analogues aux précédentes, obtenues par d'autres combustibles chimiques proposés dans le même but. On se rappèle combien on a critiqué les moxas de Jacobson, ceux formés avec de la poudre à canon, avec de la moelle de sureau préparée chimiquement, etc., et l'on est, en définitive, revenu aux cylindres de coton comme plus aptes à opérer, par une action lente, progressive et soutenue, et comme donnant une escarrhe sèche et profonde. On a attaché des idées très avantageuses à ces dernières conditions; mais ces idées sont-elles bien basées? Nous sommes loin de vouloir bannir ces sortes d'agents de l'arsenal chirurgical; mais il serait important, pour justifier l'usage qu'on en fait généralement, de prouver d'abord que les principes qui en dirigent l'emploi sont basés sur autre chose que sur des hypothèses chimériques : nous faisons allusion à la doctrine des révulsions qui domine

aveuglément la plupart des prescriptions de nos jours. En dernière analyse, les moxas camphoriques pourraient être assimilés à la cautérisation à l'huile bouillante des anciens, le camphre n'étant autre chose, comme on sait, qu'une huile essentielle concrète. Il est à peine nécessaire d'ajouter qu'elle s'évapore complétement par l'incandescence.

Erysipèle. Tartre stibié. — Dans plusieurs cas graves d'érysipèle, M. Chassaignac s'est parfaitement bien trouvé du tartre stibié, pris intérieurement pendant plusieurs jours, non comme émétique, mais comme hyposthénisant, à la dose de 10 centig. (2 gr.) dans 800 grammes d'eau (une livre et demie), à consommer dans les 24 heures. Non seulement les érysipèles ont à l'instant cessé de marcher sous l'influence de ce seul remède, mais encore ils ont rétrograde et se sont terminés heureusement. Nous avons déjà eu l'occasion de dire, il y a quelques mois, que telle était aussi la méthode qu'on suivait en Italie, et qu'on y ajoutait quelquefois des fomentations sur les parties frappées d'érysipèle, avec une solution aqueuse du même sel antimonial. M. Chassaignac a également appliqué la même médication avec un avantage très remarquable dans un cas très grave d'abcès avec un décollement énorme de peau à la cuisse, et dont la cicatrisation avait jusque là résisté à tous les moyens locaux recommandés généralement en pareille occurrence. L'on comprend ces heureux résultats en se rappelant l'action hyposthénisante vasculaire du tartre stibié.

Gangrène par congélation. — Un enfant âgé de 10 à 12 ans, avait dernièrement, par un temps de grande gelée, passé une nuit dans un escalier où il s'était accroupi et endormi. Le lendemain, il a été transporté à l'Hôtel-Dieu, ayant les orteils d'un pied frappés de gangrène. La mortification n'était que superficielle, et l'on y remarquait une multitude d'ampoules remplies de sérum coloré ou épaissi comme après une forte brûlure produite par un liquide bouillant. Des escarrhes molles existaient sur plusieurs points; une réaction inflammatoire s'était déclarée, et toutes les parties étaient très chaudes, même les orteils congelés, ce qui indiquait que la mortification n'avait pas atteint les tissus profonds. Des pansements simples, des cataplasmes émolients ont facilité la chute des escarrhes et la cicatrisation; mais au gros orteil, la mortification a été assez profonde pour ouvrir l'articulation phlalango-métatarsienne, et les os se sont trouvés dénudés. Il en est résulté une suppuration assez abondante et un travil ulcératif permanent. L'indication serait sans doute de résequer les parties osseuses dénudées et mortifiées; mais M. Chassaignac a pensé avec raison qu'il était plus prudent, plus sûr, d'attendre l'exfoliation spontanée ou la soudure de l'articulation, se conformant en cela aux idées de M. Gerdy, concernant les maladies des petites articulations. Cette pratique est d'autant plus sage qu'à part les dangers d'une opération sanglante, elle conduira à la guérison dans un temps à peu près égal à celui qu'aurait réclamé l'opération elle-même.

Pommade hydrargiro-ammoniacale. — Un topique d'une énergie remarquable, qui rend des services réels dans la pratique de M. Chassaignac, comme remède essentiellement, résolutif dans des cas d'engorgement de ganglions lymphatiques, d'hypertrophie osseuse, de tumeurs indolentes en général, est une pommade composée d'hydrochlorate d'ammoniac et d'onguent mercuriel, dans la proportion de 1 : 4, c'est-à-dire de 28 grammes (2 gros) de sel ammoniacal par 32 grammes (1 once) d'onguent napolitain. On frotte de cette pommade abondamment sur la partie malade et l'on applique un cataplasme par dessus; la résolution est prompte dans la plupart des cas. Ce topique n'est pas neuf, mais ses effets nous ont paru assez énergiques et salutaires pour lui donner une place dans nos colonnes.

Hôpital Beaujon (M. Robert).

Blessure du rein. — Un homme, âgé d'une quarantaine d'années, marchand de poissons, était chargé d'une hotte pesante sur le dos, lorsqu'il est tombé sur le flanc droit et s'est frappé cette région contre un tas de pierres. A l'instant il a éprouvé une douleur atroce aux lombes, laquelle s'est prolongée pendant plusieurs heures au point qu'il se roulait par terre, et il a rendu du sang abondamment avec les urines. Les douleurs ont persisté et les urines ont continué à être très chargées de sang; de la fièvre intense est survenue. Ces symptômes continuant, le malade est entré à l'hôpital le troisième jour. M. Robert, qui avait déjà été instruit par l'autopsie d'un cas pareil, dont nous parlerons tout à l'heure, a diagnostiqué une rupture de la substance du rein droit; il a prescrit des saignées répétées, des ventouses scarifiées, à plusieurs reprises, ce qui a apaisé la fièvre et les douleurs; on a alors ajouté des boissons aiguisées d'eau de Rabel, et d'acide sulfurique. Les urines ont petit à petit perdu leur caractère sanguinolent. Aujourd'hui, seizième jour de l'accident, le malade est en voie de guérison, les douleurs et la fièvre ont disparu, les urines sont encore teintes en rouge, mais elles le deviennent de moins en moins, les forces se rétablissent et le patient demande des aliments.

Pour éclairer cette observation, nous devons rapporter un autre fait qui nous a été communiqué par M. Robert. Un jeune homme, garçon marchand de modes, a frappé violemment des reins contre l'angle d'un comptoir; à l'instant, il a éprouvé des coliques rénales atroces et une hématorrhée urinaire abondante; les douleurs ont persisté avec une violence extrême, et le malade est entré à l'hôpital. A l'examen, le cas a paru équivoque, on a soupçonné cependant une lésion aux reins; néanmoins on en a douté le soir, par la raison que les urines se sont éclaircies et que les douleurs ont disparu; mais, le lendemain, retour des douleurs insupportables et écoulement de caillots abondants de sang pur par les urines. Ensuite, mêmes alternatives répétées comme précédemment, à des distances plus ou moins éloignées. Les souffrances ont pris enfin un tel caractère de gravité que le malade est mort. A l'autopsie, on a trouvé un rein tout à fait déchiré, rompu dans sa subtance comme une carotte qu'on casse avec les mains, mais la capsule fibreuse de l'organe était restée intacte, de sorte que le sang de la plaie ne pouvait couler que dans le bassinet et de là dans l'uretère où il s'accumulait, et qu'il bouchait de temps en temps. Aucun épanchement n'existait autour de l'organe. On peut produire artificiellement cette rupture ou cet écrasement sur

un rein de cadavre, sans déchirer la capsule fibreuse qui enveloppe le parenchyme rénal.

— On a beaucoup écrit sur la déchirure des organes abdominaux sans solution de continuité des parois du ventre, mais nous ne sachons pas qu'on ait bien décrit encore les caractères de la rupture rénale. Si le cas de Beaujon, que nous venons de rapporter, n'eût pas été éclairé par l'autopsie d'un autre fait antérieur, on aurait pu conserver des doutes sur la véritable nature de la lésion; mais les phénomènes se sont tellement enchaînés dans ces deux observations qu'on ne saurait douter de la véritable nature de la maladie, et le second cas est d'autant plus précieux qu'il s'est terminé par la guérison, et qu'il donne la mesure du pronostic. On comprend, au reste, que l'issue de la maladie dépend du degré de la déchirure, et que la plaie étant dans les conditions d'une plaie sous-cutanée peut se cicatriser sans suppurer. Quant au traitement, il est parfaitement saisissable dans les détails ci-dessus. Nous n'en dirons donc pas davantage. Ajoutons seulement qu'au point de vue médico-légal, il y a là aussi quelques inductions importantes à établir.

Plaie pénétrante a la poitrine. — Une femme, âgée de 29 ans, d'assez bonne constitution, a été frappée de deux coups de couteau au dos, l'un vers l'angle inférieur de l'omoplate gauche, l'autre à côté du bord vertébral du même os; ce dernier coup a seul pénétré dans la poitrine. La pénétration était évidente, au crachement de sang, à la sortie de l'air par la plaie, et à l'épanchement considérable d'air dans la cavité thoracique. Ce dernier caractère a été reconnaissable à la résonnance excessive de la percussion dans une grande étendue de la poitrine. Le poumon correspondant était affaissé et la malade présentait une dyspnée et une anxiété extrêmes; réaction fébrile intense. M. Robert a réuni les plaies par première intention et fait saigner largement la malade six fois en trois jours. Grâces à cette médication énergique, la réaction a été avortée; la fièvre, l'hémoptysie se sont dissipées, la respiration a repris petit à petit sa largeur et sa force primitives. L'air épanché dans la poitrine s'est résorbé lentement et l'on a pu suivre, à l'aide de la percussion, la disparition progressive de ce gaz. Aujourd'hui, dixième jour de la blessure, la malade se lève pour la première fois, elle est pâle et faible par l'effet des saignées, mais elle est sans fièvre, sa respiration est libre, et l'on peut la regarder tout à fait comme guérie.

— Deux points sont dignes de remarque dans cette observation. Le premier, c'est le pansement par réunion immédiate de la plaie, ce qui est conforme aux préceptes de la chirurgie moderne dans ces sortes de lésions. Le second est relatif aux saignées coup sur coup auxquelles on doit sans doute le prompt rétablissement de la malade. Cette pratique n'a assurément rien de neuf pour les chirurgiens qui sont au courant de la science, mais son résultat a été si satisfaisant, si beau, qu'on ne saurait trop le rappeler à la mémoire. Il est remarquable d'ailleurs de voir cette masse énorme d'air renfermé dans la poitrine, ne pas enflammer les plèvres par ses prétendues facultés malfaisantes et se laisser facilement absorber sous l'influence des saignées, et disparaître ainsi par les seuls efforts de la nature.

Demi-luxation du pied en arrière. Ténotomie. — Une femme d'une cinquantaine d'années s'est fracturé la jambe près des malléoles, et luxé le pied en dehors et en arrière, de telle sorte que la mortaise inter-malléolaire des os de la jambe s'était portée en avant et chevauchait sur l'avant-pied; les douleurs étaient atroces, le tendon d'Achille très tendu. Le pied était un peu dans la rotation en dehors, comme dans les fractures du péroné, et le talon faisait une grande saillie en arrière. M. Robert a fait de grands efforts de réduction sans succès; les muscles du mollet se raidissaient tellement que les parties étaient inébranlables; la présence de la fracture des deux os empêchait d'ailleurs de porter très loin les tractions. M. Robert a alors coupé le tendon d'Achille d'après la méthode sous-cutanée, et la réduction presque complète a pu s'effectuer avec facilité. La douleur a cessé sur le champ. Depuis ce moment, les choses ont marché simplement à l'aide d'un appareil à fracture ordinaire, et la femme est en voie de guérison. — Cette pratique n'est assurément pas nouvelle, mais elle est digne d'attention, en ce qu'elle offre une ressource d'une grande importance, inconnue à nos devanciers.

Hôpital de la Charité (M. Gerdy).

Sarcocèle. Ligature des artères testiculaires. — Un homme de bonne constitution, âgé de 45 ans environ, habituellement bien portant, est entré à la Charité, il y a plusieurs mois, pour être traité d'un hydrosarcocèle volumineux du côté gauche. Le commémoratif a appris que le mal existait depuis près de deux ans, et que des traitements internes et locaux avaient été essayés sans succès. M. Gerdy a évacué le liquide et reconnu que le testicule était dur et offrait un volume triple de son état naturel. Le cordon déférent était lui-même volumineux. L'affection s'était déclarée sans cause appréciable, le patient n'avait jamais eu la vérole. On prescrit plusieurs applications de sangsues, des frictions avec une pommade d'hydriodate de potasse, l'iodure de potassium intérieurement. La ponction a été répétée. Pas de changement; le malade y accuse des douleurs lancinantes et demande avec instance d'être débarrassé de sa tumeur. M. Gerdy a voulu essayer d'abord l'effet de la ligature des artères du cordon, le mal ne lui paraissant consister que dans une simple hypertrophie. Cette opération a été pratiquée il y a un mois environ; une incision a mis à découvert le cordon à sa sortie de l'anneau; sa gaîne a été ouverte et le cordon déférent écarté; trois artères ont été liées avec assez de difficulté; la plaie s'est cicatrisée après avoir suppuré, mais le volume de la tumeur n'a point changé. Enfin, M. Gerdy a pratiqué aujourd'hui la castration. Le cordon coupé n'a donné de sang qu'à peine. La vaginale contenait un peu de liquide clair et quelques petits kystes hydatiques à sa surface externe. Le testicule était tout à fait converti en une substance lardacée, encéphaloïde à l'état de crudité, parsemée d'une multitude de dépôts blancs, du volume de petites fèves, simulant des masses tuberculeuses; un examen minutieux cependant a fait reconnaître dans ces nombreux dépôts blancs un tissu cancéreux d'une forme particulière, analogue à la pulpe de chataigne bouillie.

— L'idée de traiter le sarcocèle à l'aide de la ligature des artères testiculaires, appartient à M. Maunoir,

à ce que nous croyons. Ce chirurgien en avait fait l'application dans un cas d'encéphaloïde testiculaire, mais le résultat n'avait pas convaincu les chirurgiens de la bonté de la méthode, et nous nous rappelons que Boyer la critiquait assez vivement dans ses cours. Il n'en est pas, en effet, d'une végétation cancéreuse comme d'une tumeur érectile ou d'un anévrisme ; vous avez beau lui couper les vivres, le mal persiste et marche à l'ordinaire, par la raison que son existence se rattache à d'autres éléments qu'à ceux des artères principales de la partie. Sans doute qu'en liant les artères du cordon lorsque le testicule est sain, on atrophie cet organe; mais dans un sarcocèle cancéreux, le tissu testiculaire a plus ou moins disparu, et le mal, nous le répétons, vit sous l'influence d'autres causes. Aussi la ligature en question est-elle indifférente. Nous avons été bien aise, au reste, de voir confirmer ce fait expérimentalement et nous attachons de l'importance à cette observation, car elle évitera à d'autres désormais de s'exposer à une opération inutile, si séduisante pourtant au premier abord. Pour ce qui est enfin de la castration, nous devons rappeler que Dupuytren avait pour pratique de diviser le scrotum en avant et en arrière de la tumeur, afin d'éviter le croupissement du pus.

Hôtel-Dieu (M. Roux).

Hydrocèle testiculaire. — A l'occasion d'un malade qu'il venait d'opérer d'une hydrocèle simple, M. Roux s'est livré à quelques remarques dont nous allons reproduire la substance. Une première question qu'il a traitée avec chaleur est relative aux innovations qu'on a faites dans ces derniers temps concernant la matière de l'injection.

M. Roux blâme vivement, il frappe d'anathème sans exception ces innovations qui avaient eu pour but de substituer au vin chaud telle ou telle liqueur. Rien, dit-il ne saurait être raisonnablement préféré à la méthode commune qui, depuis un si grand nombre d'années, donne des résultats si constamment salutaires, simples et sans aucune espèce d'accident. On s'est plu à exagérer les inconvénients du vin, et l'on a oublié de dire que ces inconvénients, excessivement rares d'ailleurs, tiennent moins à la méthode elle-même qu'à son exécution défectueuse, soit par l'imperfection des instruments employés, soit par l'oubli des règles de l'art. Sur un total de deux mille cas environ d'hydrocèle que M. Roux a opérés d'après l'injection vineuse, il n'a pas rencontré une seule fois les accidents en question. D'autre part, y a-t-il rien de plus simple, de plus commode, de plus facile à se procurer partout, à bon marché, que le vin échauffé à 40 degrés environ? On commence déjà, ajoute M. Roux, à revenir de ce premier engouement de l'innovation, et les bons esprits restituent à la chirurgie le bon moyen dont on l'avait à tort dépouillée depuis quelques temps. Fidèles à la bonne observation, nous ne nous sommes pas un instant laissé ébranler, et nous nous félicitons d'avoir persisté dans la voie de nos grands maîtres. Vous adopterez, j'en suis certain, notre manière de voir à cet égard.

Un second point que M. Roux a soumis à son examen est relatif à l'importance d'un signe diagnostic de l'hydrocèle, signe dû complétement aux chirurgiens de notre époque; nous voulons parler de la transparence à l'aide d'une lumière artificielle. Il y a 20 à 25 ans ce caractère n'était pas connu, et lorsqu'il a été signalé, plusieurs chirurgiens d'un grand mérite, au nombre desquels était Pelletan, l'ont tout à fait nié; de nos jours même, il est souvent omis par quelques praticiens; aussi a-t-on, en mainte occasions, traité des hydrocèles comme des sarcocèles, médicamenté en pure perte des malades, et effrayé leur imagination par un diagnostic inexact, faute de l'emploi de la ressource en question. Un chirurgien belge, très distingué, était affecté d'une hydrocèle énorme; il y avait diagnostiqué un sarcocèle, et plusieurs confrères qui l'avaient examiné avaient confirmé son diagnostic ; aucun n'avait vérifié le caractère de la diaphanéité; enfin, les douleurs que la collection occasionnait le décida à se soumettre à la castration; il a fait mander M. Roux. L'examen à la chandelle lui ayant dévoilé la véritable nature de la maladie, M. Roux l'a opéré et guéri à l'aide de l'injection vineuse. Dans un autre cas, datant déjà de longtemps, le malade n'a pas voulu se laisser opérer d'après le diagnostic de M. Roux, et plus tard, chose remarquable, il a guéri sans rien faire, le liquide s'étant résorbé par les seuls efforts de la nature. Il ne faut pas se dissimuler cependant que ce signe peut manquer dans certains cas ou être fallacieux dans d'autres; mais ce sont là des cas exceptionnels généralement connus. Il est surtout fallacieux lorsqu'il s'agit d'un sarcocèle entouré circulairement d'une couche de liquide; l'inspection à la chandelle produit alors, par un jeu de lumière, la même illusion optique que l'observation des doigts étendus contre une grande lumière, ce qui les fait paraître transparents, surtout vers les bords, alors qu'ils sont réellement opaques, puisque telle est la condition des phalanges. Bien que ce sujet semble très banal au prime-abord, il offre cependant en réalité une importance si grande dans certains cas équivoques qu'on ne saurait trop s'y attacher avec soin.

PROPOSITIONS CLINIQUES.

Onyxis. — D'après M. Robert, quand une maladie de l'ongle du gros orteil réclame l'arrachement de l'ongle et la destruction de sa matrice, il faut une grande attention dans la circonscription qu'on fait avec le bistouri au delà de l'organe secréteur de l'ongle pour l'enlever d'arrière en avant, par la raison qu'on peut ouvrir très facilement l'articulation voisine. Cette articulation en effet n'est réellement éloignée du bord postérieur de la matrice de l'ongle qu'à peine de deux millimètres, bien que l'on ne s'en douterait pas au prime-abord et avant d'avoir disséqué soigneusement les parties sur le cadavre. Aussi, vaut-il mieux s'abstenir de cette excision d'arrière en avant et se contenter de détruire d'avant en arrière l'organe secréteur de l'ongle, à l'aide d'un crayon de pierre infernale qu'on promène dans la gouttière inter-dermique qui le constitue, le lendemain ou le jour même de l'arrachement de l'ongle. Un malade que nous avons vu à Beaujon s'est bien trouvé de ce traitement, la matrice de l'ongle était malade. C'était comme on sait dans le même but que Boyer comprimait la même partie pour l'oblitérer.

Pansement des plaies. — D'après M. Jobert, le moyen le plus convenable pour panser les plaies saignantes qui doivent suppurer, c'est l'amadou, au lieu de la charpie et des compresses. A Saint-Louis, en effet, ce chirurgien n'emploie pas d'autre moyen, et l'administration y trouve de l'économie, car l'amadou achetée en gros coûte moins que le linge et la charpie de bonne qualité. Il coupe des tranches, des morceaux, de formes diverses, selon la forme et l'étendue des plaies, et les y applique irrégulièrement sans aucune symétrie et sans les entasser, que dans le seul cas où il veut exercer une compression; de cette manière, le sang et le pus s'infiltrent aisément dans ces pièces du pansement, et les surfaces des plaies restent à l'abri de toute action mécanique irritante. L'usage de l'agaric, comme moyen général de pansement, peut être réellement considéré comme une chose utile et commode.

Cancer. — D'après M, Robert, il est un assez grand nombre de cas de cancer dans lesquels le caustique est préférable au bistouri, par la raison que le caustique répété est absorbé en partie, pénètre dans les tissus profonds et modifie dynamiquement les parties. Aussi, le bourgeonnement de la plaie est-il plus franc et de meilleur caractère que quand on opère avec le bistouri. C'est aussi la doctrine que nous avons soutenue dans un article que nous avons donné, il y a plusieurs mois, sur le traitement des affections cancéreuses. Un malade, qui se trouve en ce moment à Beaujon, présentait un cancer de la plus mauvaise espèce à la région mastoïde, s'étendant de bas en haut et dans le sens antéro-postérieur, dans une étendue circulaire de neuf à douze centim. de diamètre, et envahissant une grande partie de la face postérieure du pavillon de l'oreille. La tumeur offrait une grande épaisseur, une dureté squirrheuse extrême, un fond lardacé très sordide, et sécrétait une humeur sanieuse âcre, très fétide. Sa base était large, profonde et adhérente. Les ganglions environnants n'étaient pas développés; la maladie cependant n'était pas attaquable à l'aide du bistouri. M. Robert a fait usage de la pâte de chlorure de zinc qu'il a apptiquée à deux reprises différentes sur toute la surface morbide, puis plusieurs fois encore partiellement; les os crâniens ont été mis à nu, le pavillon de l'oreille s'est partiellement exfolié. Aujourd'hui, troisième mois de traitement, le malade est presque complètement guéri. Ce résultat est des plus heureux.

Abcès sous-pectoral. — D'après M. Chassaignac, les abcès profonds qui se forment au devant de la poitrine, sous les muscles grands pectoraux, ne doivent point être ouverts perpendiculairement d'avant en arrière; on s'exposerait par là à parcourir un grand trajet et à tomber dans un espace intercostal. Une manière plus commode et plus sûre, consiste à enfoncer horizontalement un bistouri vers le bord antérieur de l'aisselle, et de le faire arriver au foyer parallèlement aux côtés. Une femme, qui se trouve en ce moment dans son service, et qui offrait une fluctuation obscure sous le muscle petit pectoral, avait été opérée sans succès par un médecin d'hôpital; un bistouri avait été enfoncé à la partie antérieure et supérieure de la poitrine, et le foyer n'avait pas été atteint; M. Chassaignac y a réussi en conduisant le bistouri d'après le principe ci-dessus. Ce principe est d'autant plus important que l'ouverture pratiquée par le bord axillaire est toujours aussi peu élevé qu'on le désire, et peut atteindre le foyer à quelque profondeur qu'il se trouve.

Bandage herniaire. — D'après M. Roux, nos meilleurs bandagistes n'ont pas encore atteint le plus grand perfectionnement dans la confection du bandage crural; ils confectionnent très bien en effet le bandage inguinal, mais ils se trouvent ordinairement en défaut dans l'autre. Cela tient d'une part à la disposition anatomique des parties qu'ils ne saisissent pas aussi bien dans la hernie crurale que dans l'inguinale; de l'autre, à la difficulté qu'il y a de fixer solidement et sans douleur la pelotte dans le pli de la cuisse. Les bandages cruraux, cependant, que nous avons eu l'occasion de faire exécuter au docteur Lafond ont si bien rempli les indications voulues que l'on pourrait regarder comme exceptionnels les cas dans lesquels on ne parvienne aujourd'hui à contenir convenablement la tumeur; néanmoins, la grande expérience de M. Roux nous fait un devoir de recueillir son observation comme une chose importante dont on doit tenir compte.

Testicule resté dans l'anneau. — « Il arrive souvent que quand un testicule reste dans le canal inguinal, il se manifeste de violents spasmes du crémastère ou des muscles de ce canal, accompagnés d'une vive douleur qui ne peut être soulagée que par les bains chauds et les fomentations.»

(A. Cooper.)

Embaumements. — Nous avons parlé dans l'avant-dernier numéro du procédé de M. l'abbé Baldacconi, pour la pétrification des substances organiques, en particulier des organes de cadavres, comme objet de conservation inaltérable. M. Baldacconi vient d'adresser son procédé à l'Académie des sciences, il est tel que nous l'avions donné. En même temps cependant, un nouveau concurrent au perfectionnement de la méthode de Segato se présente aujourd'hui à l'Académie; ce concurrent est M. le docteur Silvestri, de Naples, en son nom et au nom de M. Comi, savant distingué à Rome. M. Silvestri, marchant sur les traces de M. Comi, est parvenu à un perfectionnement tel de produits, qu'il laisse loin derrière lui le procédé de M. Baldacconi. Nous en parlons d'après l'examen minutieux des belles préparations que le docteur Silvestri nous a fait voir il y peu de jours. Il nous a montré des têtes de cadavres parfaitement pétrifiées, dures et sonnantes, sous les coups d'un marteau, comme du bronze, et, chose admirable, conservant dans leur intégrité naturelle le poli, le brillant, le teint de la peau; conservant les yeux et les cheveux, et l'expression vivante de la figure; à tel point qu'on croirait avoir sous la main des bustes en marbre ou en albâtre, sortis de la main d'un sculpteur sublime. Des têtes d'animaux, conservant leurs poils ou leur laine; des oiseaux avec leurs plumes sans aucune altération de leur consistance, de leur forme ou de leur couleur; des poissons, des reptiles, des mollusques, des insectes, des fleurs et une infinité d'autres objets que M. le docteur Silvestri nous a montrés, offrent non seulement les conditions du marbre, capables d'être polis, limés, sciés, sculptés, mais encore ils conservent leur lustre vivace, leur teint, leur délicatesse, en un mot, leur fraîcheur naturelle comme s'ils sortaient à l'instant des mains de la nature. On prévoit déjà que cette heureuse invention, dont s'honore l'Italie, aura les plus utiles applications dans les musées d'histoire naturelle, d'anatomie normale et pathologique, et comme objet d'embaumement de luxe. Nous prévoyons même la possibilté d'imprimer aux lois sanitaires d'importantes modifications, car rien désormais n'empêchera d'avoir dans votre cabinet, dans votre salon, ou dans votre chambre à coucher, au lieu d'un buste de marbre de votre père, de votre enfant, de votre maîtresse décédés, l'objet même de vos affections que vous arracherez ainsi à l'idée horrible de la sépulture, grâce à la méthode de conservation italienne. L'Académie doit se prononcer sur la valeur de cette innovation, nous y reviendrons lorsqu'un rapport en sera fait.

BULLETIN OPHTHALMOLOGIQUE.

DES HOPITAUX.

Extirpation de l'oeil, d'une partie des paupières et de l'angle externe de l'orbite (M. Gerdy). — Un homme de la campagne, âgé d'une cinquantaine d'années, robuste, habituellement bien portant, avait vu naître, il y a sept ans, un bouton de mauvais caractère à la tempe droite, lequel s'est ulcéré et élargi petit à petit dans l'étendue de six centimètres environ en longueur, et de trois centimètres en largeur. Cette ulcération avait marché horizontalement vers l'angle externe de l'orbite, rongé la portion correspondante des deux paupières, détruit la transparence de la cornée, et par là aussi la faculté visuelle, et donné lieu à un œdème considérable dans la paupière supérieure, ce qui tenait ce voile membraneux en état de prolapsus et empêchait d'examiner complétement l'intérieur de l'orbite. Le fond et les alentours de l'ulcération étaient lardacés et évidemment cancéreux ; les os étaient eux-mêmes intéressés vers l'angle externe de l'orbite. M. Gerdy a circonscrit l'ulcération temporale entre deux incisions elliptiques, s'étendant depuis le bord de l'oreille jusqu'à l'angle orbitaire externe ; il a disséqué tous les tissus malades jusqu'au périoste: le tronc de l'artère temporale a été divisé et lié ; l'arcade zygomatique a été mise à découvert. Ensuite l'opérateur a excisé le quart externe de chaque paupière et ébarbé toutes les nodosités, toutes les duretés appréciables de la conjonctive et du bord tarsien. Saisissant enfin le globe oculaire avec une pince, il l'a attiré au dehors, séparé à coups de bistouri et enlevé à l'aide de quelques coups de ciseaux courbes. La cavité orbitaire a été alors examinée soigneusement et nettoyée de toutes les indurations cellulo-graisseuses. Restait à present la portion malade des os de l'angle externe de l'orbite ; M. Gerdy l'a excisée à son tour, à l'aide de quelques traits d'une petite scie, de quelques coups de gouge et de maillet. Deux boutons de feu ont été enfin promenés sur les os malades, sur l'angle orbitaire, sur l'arcade zygomatique, sur quelques autres points qui paraissaient un peu suspects. La plaie a beaucoup saigné, l'opération a été longue et laborieuse. Pour faciliter le pansement, M. Gerdy a disséqué les bord de la plaie dans une certaine étendue, et il a essayé deles réunir à l'aide d'une suture enchevillée ; mais le rapprochement n'ayant pu se faire aisément, vu le peu d'extensibilité naturelle des tissus dans cette région, elle a été abandonnée à la suppuration ; le rapprochement s'effectuera spontanément par la force centripède du travail cicatriciel.

— L'opération dont on vient de lire les détails est au nombre des belles conquêtes de la chirurgie moderne. A coup sûr, les oculistes exclusifs ne viendront pas élever de prétentions, ce sujet sortant de leur compétence, comme toute autre opération sérieuse qui dépasse les règles des petites récettes oculistiques. Il fallait effectivement une main hardie et sûre, habituée aux grandes opérations sanglantes, pour attaquer une affection aussi grave, aussi étendue. La partie la plus difficile a été l'ablation d'une portion de l'orbite, et c'est aussi ce qui peut provoquer la réaction la plus sérieuse, susceptible de se transmettre jusqu'aux méninges. Quant à l'enlèvement d'une portion des deux paupières, il n'offre d'autre particularité remarquable, dans ce cas, que sa concomitance avec une lésion grave aux parties adjacentes. Nous avons parlé, il y a quelque temps, d'un cas analogue au précédent, que nous avons observé à l'hôpital Beaujon ; le mal est resté stationnaire depuis plus de dix ans, mais la cornée est devenue complétement opaque, malgré que le globe ne fût pas attaqué par le travail érosif. Cette condition paraît dépendre du seul fait de l'absorption de la matière cancéreuse ou de l'irritation du voisinage.

Induration du tissu sous-conjonctival de la paupière. Maladie non encore décrite (M. Jobert). — Une femme âgée d'une quarantaine d'années avait éprouvé depuis longtemps des blépharites répétées. Enfin, une petite tumeur s'est déclarée vers le milieu de la paupière inférieure du côté droit. Cette tumeur est sous-cutanée, ou plutôt sous-muqueuse, près du bord tarsien, du volume d'un gros pois, bosselée, plate à la base, adhérente, dure, inélastique, indolore, sans changement de couleur à la peau. On l'aurait, au premier abord, prise pour un kyste ou pour une hypertrophie d'un groupe de glandes de Méibomius. Cependant, en renversant la paupière, on a vu que la muqueuse était injectée, violette, ramollie et fongueuse sur le point correspondant à la tumeur. M. Jobert qui a déjà en l'occasion de disséquer des tumeur de ce genre y a diagnostiqué une induration inflammatoire chronique du tissu sous-conjonctival, analogue à ces nodus qu'on rencontre quelquefois dans le trajet de l'urètre, et plus rarement dans le fourreau de la verge. M. Jobert s'est contenté de toucher le point malade de la muqueuse avec la pierre infernale et de conseiller des émolients sur la peau de la paupière. Cette malade n'ayant été observée par nous qu'à la consultation externe de l'hôpital Saint-Louis, nous n'avons pu la suivre. Nous ne sachons pas, au reste, que cette affection ait été décrite; elle se confond aisément avec les kystes proprement dit.

Phlegmon orbitaire double. Cécité (Chassaignac). — Une jeune personne, âgée de 18 ans, scrofuleuse, est entrée à l'Hôtel-Dieu, il y a deux mois, pour une exophthalmie inflammatoire du côté gauche. Ce mal s'était déclaré spontanement sans cause appréciable, et durait depuis quelque temps. L'œil proéminait en dehors de l'orbite, mais pas considérablement, et il était facile de reconnaître que cela tenait à un boursouflement phlogistique des tissus rétro-oculaires ; les parties antérieures de l'organe étaient peu injectées, mais la rétine a perdu promptement la faculté de de voir. A cette période d'exorbitisme en a succédé une autre d'affaissement et d'atrophie; l'œil s'est enfoncé petit à petit dans l'orbite, et s'est converti en une sorte de bouton opaque, inserviable. A la suite de cette scène sourde et désolante, les mêmes phénomènes se sont manifestés exactement à droite; l'œil de ce côté s'est exorbité, a été frappé de cécité, puis il s'est atrophié et converti en une sorte de perle dépolie. La cornée de ce côté paraît aujourd'hui se couvrir de vaisseaux variqueux provenant de la conjonctive, et la patiente accuse encore quelques douleurs périorbitaires. Des ventouses scarifiées, des frictions de pommade mercurielle belladonisée, du calomel intérieurement, avaient pourtant été employés avec profusion et rien n'a pu conjurer cette terminaison désastreuse. Cette malheureuse jeune personne, réduite ainsi à une cécité absolue, est donc forcée aujourd'hui à chercher asile dans un hospice d'aveugles.

— Il serait difficile, sinon impossible, d'indiquer avec précision la véritable source de la maladie ci-dessus. Etait-ce une affection tuberculeuse des nerfs optiques, des tissus orbitaires, ou bien un travail d'un

autre genre? L'autopsie seule pourrait éclaircir ces questions. Peut-être serait-il permis de considérer la maladie du second œil comme un exemple de l'ophthalmite consensuelle ou sympathique décrite par M. Mackenzie ; mais les exemples signalés par cet auteur ne ressemblent pas tout à fait au précédent, car ils se rapportent à une origine traumatique ; d'ailleurs l'œil n'a pas été lui-même très enflammé dans le cas de l'Hôtel-Dieu. La maladie nous a semblé avoir suivi une marche assez analogue à celle du cas de syphilis oculaire que nous avons décrit il y a quelque temps. Les oculistes exclusifs, habitués aux subtilités d'un charlatanisme raffiné, diraient sans doute beaucoup de choses sur la nature et le siége de la maladie ci-dessus; les chirurgiens cependant dignes de ce nom restent dans le doute et appellent de nouvelles lumières.

Syphilis oculaire, *variété nouvelle; par M. Alfred Smee, chir. à l'hôpital ophthalmique de Londres.* — Une femme mariée, ouvrière, a été reçue à l'hôpital pour un petit ulcère au bord d'une paupière. Les caractères de cette affection offrant quelque chose de spécifique, on a interrogé la patiente en conséquence, et l'on a appris qu'elle et son mari avaient eu la vérole deux ou trois années auparavant. On l'a soumise à un traitement antimonial, et l'ulcère s'est guéri. La femme présentait en même temps de nombreuses taches cuivrées sur tout le corps ; ces taches ont été jugées syphilitiques, mais on n'a pas soumis la malade à un traitement spécial, et elle est sortie après la guérison de son œil. Quelque temps après, elle est revenue se plaignant d'un certain malaise à l'œil ; elle craignait un retour de la même affection. A l'examen, M. Smee a trouvé sur la conjonctive, au dessous de la cornée, une tache un peu plus petite qu'une pièce de deux sols en argent (*penny*). Cette tache paraissait formée sur la conjonctive elle-même qui était gonflée; sa surface était lisse, mais sa couleur était *cuivrée* comme celle des taches de la peau, ou un peu plus claire : elle était semi-transparente, sans la moindre trace de vascularisation. Ainsi, la tache cuivrée résultait d'un changement particulier du tissu même de la muqueuse, comme toutes les taches syphilitiques de la peau. Cette éruption offrait quelque analogie avec celles de la rougeole, de la petite vérole, de la scarlatine, qui se propagent jusqu'à la conjonctive. L'analogie serait plus exacte encore si on voulait comparer la lésion à une tache de *purpura*, manifestée sur la muqueuse oculaire ; seulement il faut ajouter ici la coloration spéciale ou plutôt spécifique. La malade a été soumise d'abord à un traitement antimonial; mais comme la guérison ne marchait pas assez vite, on lui a administré l'iodure de potassium à la dose de 20 centigrammes (4 grains), trois fois par jour, et la tache a décliné petit à petit. La guérison a été complète. Au reste, il est à remarquer que la vue n'avait pas été endommagée par la présence de cette altération (Lond. med. Gaz., déc. 1844).

— La maladie dont on vient de lire les détails n'a pas encore été décrite, à ce que nous sachions. On comprend parfaitement cependant que les syphilides ou les éruptions syphilitiques de la peau puissent se propager des paupières sur la surface muqueuse de ces voiles membraneux et sur la conjonctive oculaire. Le silence des auteurs sur cette espèce de manifestation de la syphilis oculaire fait néanmoins présumer que la chose est rare; nous ne l'avons jamais rencontrée en effet, et pourtant nous avons fréquemment observé la syphilis globulaire.

TOXICOLOGIE.

Intoxication arsénicale. *Affaire médico-légale.* — Les assises de Digne (Basses-Alpes) ont eu dernièrement à juger une affaire d'empoisonnement qui a offert, au point de vue de l'expertise, de singulières circonstances. Nous extrayons les détails suivants d'un travail manuscrit qui nous a été adressé par notre correspondant, M. le docteur Itard, de Digne, qui a été témoin des débats. Il s'agit d'un jeune homme nommé Audifred, qui, quatre mois après son mariage avec Marie Bérard, jeune personne de 25 ans, connue dans le pays par ses aventures amoureuses, a été empoisonné à l'aide de l'acide arsénieux, introduit dans une soupe de macaroni. Le poison avait été acheté quinze jours auparavant par la victime elle-même chez un pharmacien pour servir de mort aux rats. Sa femme en a profité, d'après l'accusation. Après l'ingestion de la soupe, Audifred a éprouvé tous les symptômes d'un empoisonnement et il a expiré le sixième jour de cet orage terrible. Aucun médecin n'avait été appelé, et Marie soignait seule son mari, lui préparait les boissons, etc. La veille de sa mort, Audifred a déclaré qu'il se mourait empoisonné par sa femme, puisqu'il avait vu un reste du poison au fond de l'assiette qui avait servi à son dernier repas. La voix publique accusa Marie de cette mort, et la justice intervint. On a donc fait l'autopsie du cadavre avant son inhumation ; mais c'est ici que les irrégularités commencent de la part des hommes de l'art.

Les organes retirés du cadavre pour être soumis à l'analyse chimique ont été déposés d'abord *dans des vases de terre trouvés dans la chambre de la victime*, faute de vases en verre qu'on avait oublié d'apporter. Ensuite, les organes ont été transvasés dans des bocaux en verre, qu'on a fermés *avec des bouchons de linge*, couverts ensuite d'autres linges, et par des bandes de papier placées en sautoir sur ces linges. Par dessus ces bouchons, on a placé deux petits paquets en papier, contenant de la farine arsénicale qu'on avait trouvée dans deux assiettes chez le défunt, et qui avait eu pour but de tuer les rats; ainsi déposés, ces vases et ces paquets ont été envoyés à Marseille pour subir l'épreuve de l'analyse chimique. Les papiers contenant la poudre arsénicale se trouvaient donc sur les bouchons de linge qui couvraient les organes du cadavre, et cette circonstance a dû naturellement faire demander si le poison qu'on a trouvé plus tard dans les viscères ne pourrait provenir de celui qu'on avait eu l'imprévoyance de mettre sur les bouchons. Effectivement les trois experts nommés à Marseille, MM. Rousset, Meynier et de la Souchère qui ont procédé à l'analyse, en suivant le procédé de carbonisation de MM. Danger et Flandin, n'ont obtenu que quelques faibles taches arsénicales, et dans une seconde operation où ils ont suivi le procédé d'incinération de M. Orfila, ils n'ont pu obtenir aucune trace d'arsenic. Dès lors ils ont présumé que le premier produit pouvait provenir d'une portion de farine arsénicale tombée du couvercle dans le vase. Deux autres experts, cependant, venus de Paris, ont trouvé de l'arsenic en quantité dans les organes du cadavre; mais, chose remarquable, ces deux experts ont été dissidents entre eux sur les conséquences de leur analyse. L'accusation leur avait posé, en effet, comme d'ordinaire, la

question relative à la valeur toxique du produit de leur opération; à savoir s'ils croyaient que l'arsenic obtenu provenait d'un empoisonnement; les deux experts ont répondu d'abord, que ne connaissant pas les symptômes que la victime avait éprouvés, ni les lésions anatomiques rencontrées sur son cadavre, ils se réservaient de répondre à cette question, lorsque les débats les auraient renseignés à cet égard. Après les dépositions des témoins, l'un des experts de Paris a déclaré que pour lui aucun doute n'existait, la victime avait succombé à l'action du poison, les symptômes et les lésions cadavériques le lui demontraient jusqu'a l'évidence. Le second expert de Paris a déclare au contraire qu'il ne pouvait partager l'opinion de son confrère, par la raison que, selon lui, dans cette affaire, il y avait beaucoup de lacunes, et il a conclu par une comparaison singulière que voici : « Messieurs les jurés, a-t-il dit, comme quatre-vingt-dix chevaux gris ne peuvent pas faire un cheval blanc, je vous engage dans cette affaire à chercher les éléments de votre conviction en dehors de tout ce que les experts ont dit et écrit!! » Il est à noter que ce dernier expert n'avait pas les titres légaux pour résoudre la question de la valeur des symptômes et des lésions cadavériques, puisqu'il n'est ni docteur en médécine ni officier de santé. A ce désaccord, il s'en est ajouté un autre; l'un des experts de Marseille, M. de la Souchère, ayant contesté la valeur de l'arsenic obtenu par l'analyse chimique, par la raison que les viscères du cadavre avaient été déposés dans des vases qui pouvaient contenir de l'arsenic, car l'accusée y avait broyé le poison pour en préparer la mort aux rats. Le jury s'est donc trouvé plutôt embarrassé qu'éclairé par les dépositions des experts; il a rendu un verdict de demi-culpabilité. L'accusée a été condamnée à quatorze ans de travaux forcés et à l'exposition.

—On croirait à peine qu'après tout ce qui s'est passé depuis quelques années devant les cours d'assises, après tant de discusssions graves sur les expertises médico-légales que la presse a dû colporter dans tous les coins du globe, il puisse se faire encore en France des expertises sur des affaires capitales avec l'irrégularité qu'on vient de lire. On va faire une autopsie judiciaire sans se prémunir des éléments nécessaires à son exécution exacte; on dépose les organes du cadavre dans des vases impropres, trouvés dans la chambre même de la victime, où de l'arsenic ou des matières arsénicales avaient été contenus; on place enfin sur les organes eux-mêmes des paquets en papier, contenant de la farine arsénicale, et tout cela pour être transporté en voiture d'une ville à une autre! On peut sincérement déplorer que la justice ne soit pas mieux servie par les hommes de l'art; mais elle aussi ne devrait-elle pas enfin comprendre que, dans des affaires de cette nature, le premier médecin venu, le premier pharmacien d'un pays, d'un village n'est pas toujours apte à remplir toutes les conditions voulues pour répondre aux vœux de la loi? Nous avons déjà traité cette importante question, et nous avons fait voir que tant que les ministères publics ne prenaient pas pour mesure générale, dans ces occurrences, de demander à l'Académie des sciences de Paris deux ou trois experts qu'elle lui adresserait de la capitale, la partie essentielle de leur instruction criminelle et de leurs débats serait le plus souvent fautive, embarrassante, onéreuse par les frais inutiles qu'elle entraîne, et, enfin, la justice du pays est mal servie. D'un autre côté, nous ne saurions trop revenir sur ce malentendu qui existe entre la valeur de l'expertise purement chimique et celle de sa signification toxicologique ou médicale. Il est clair qu'un pharmacien, un homme de laboratoire, ne peut apprécier convenablement la valeur des symptômes et des altérations pathologiques que la victime a présentés. Cette question est toute médicale, et l'expert chimiste qu se mêle de la résoudre, dépasse ses devoirs, sa mission. Il appartient donc aux médecins seuls de dire si le produit de l'analyse chimique, rapproché des symptômes et de l'autopsie, permet de résoudre la question que les Parquets posent toujours, et que les experts résolvent malheureusement souvent, sans un discernement suffisant; et pourtant, il s'agit là, comme on le voit, de la chose capitale dans les débats. Ces irrégularités et d'autres non moins graves réclament une réforme complète dans le système des expertises juridiques.

Acide sulfurique. — Il est une manière très commune en Angleterre, et qui malheureusement a commencé aussi à gagner en France, d'appliquer criminellement l'acide sulfurique à l'homme. Elle consiste à le lancer traitreusement à la figure. Il en résulte des brûlures formidables, souvent la perte des yeux, des cicatrices indélebiles, des déformations plus ou moins graves des paupières, des lèvres, de la mâchoire, et quelquefois aussi des réactions organiques sérieuses, soit par l'absorption du poison, soit par l'inflammation suppurante des escarrhes, soit enfin par l'effet moral lui-même. Cette espèce de lâche fureur s'est engendrée en Angleterre, dans les grandes villes manufacturières. En 1820, par exemple, la chose était devenue tellement générale parmi les chefs d'ateliers et les ouvriers, à Glascow, que le gouvernement a dû intervenir, et y mettre un frein par des lois spéciales très sévères. La peine de mort a été infligée à de pareils attentats. En 1828, une femme Macmillan a été condamnée à mort et exécutée pour ce crime. (Edimb., med. and surg. jour; t. 31, p. 220). Deux autres cas pareils ont été jugés près de Manchester, en 1829; un un autre à Londres vers la même époque (Christison, On poisons, p. 138), et il y a à peine deux ans que les feuilles judiciaires de Paris ont retenti d'un fait de même espèce arrivé chez nous sur une jeune actrice d'un des grands théâtres de la capitale. On s'était imaginé que, pour combattre heureusement ces sortes de brûlures, il n'y avait rien de mieux que de les couvrir avec des poudres capables de neutraliser ou décomposer l'acide, comme si les tissus déjà mortifiés par le caustique pouvaient renaître ou revenir à la vie sous l'influence d'un moyen quelconque. On lit dans la méd. lég. de Fodéré (t. 3, p. 454) la singulière observation suivante : « Un pharmacien, chimiste distingué, de Marseille, nommé Vernet, mort depuis deux où trois ans, s'était brulé, en l'an 8, la cuisse avec de l'acide sulfurique; après avoir employé en vain tous les remèdes galéniques, il me proposa de traiter son mal *à priori*, c'est-à-dire d'après la théorie des désoxigénants; il couvrit en conséquence la plaie de poudre de quinquina rouge, ce qui réussit parfaitement. En effet, c'est un phénomène constant dans la pharmacie que les sels métalliques sont désoxigénés et précipités par les extraits, les poudres, les graisses et les huiles. » — On a de la peine à comprendre dans ce fait ce que signi-

sent les mots, *réussi parfaitement*! L'auteur veut-il dire que les escarrhes ont cessé d'exister, de suivre leur marche habituelle, et les plaies de guérir à l'ordinaire? C'est ce qu'il n'a pas expliqué, et il est probable que la poudre de quinquina ou de magnésie qu'on a conseillé de répandre sur ces sortes d'escarrhes, surtout après un certain temps de l'application du caustique, si elle est favorable, elle agit autrement que par une combinaison chimique avec l'acide, car le poison ne reste pas indécomposé à la surface des tissus. Il n'est pas de phantasmagorie que ce malheureux système des neutralisants chimiques n'ait produit de nos jours en toxicologie!

DOCUMENTS TOXICOLOGIQUES.

Danger des injections anatomiques a l'aide de l'arsenic. — Dans un concours qui avait lieu dernièrement à l'école de Montpellier pour la place de chef de travaux anatomiques, cinq cadavres avaient été injectés depuis quelques jours par le système artériel, à l'aide de 60 grammes (deux onces) d'acide arsénieux dans un litre d'eau, comme moyen conservateur. Les cinq candidats qui ont eu a disséquer ces cadavres, savoir MM. Alquié, Benoît, Bourely, Bouliche et Vergez ont éprouvé des symptômes d'empoisonnement, savoir des étourdissements, des éblouissemens, des coliques, de la diarrhée, des nausées, des vomissements, lenteur excessive dans les fonctions intellectuelles, et, en outre, une douleur vive, lancinante et continue dans les doigts et au niveau des ongles, qui empêchait l'usage des mains; la main elle-même présentait un mouvement convulsif. Ces symptômes se sont dissipés au bout de quelques jours. Un sixième candidat, M. Quissac, qui n'avait pas travaillé sur les cadavres préparés de la sorte, n'a rien éprouvé de pareil. Le concours a dû être suspendu (Jour. de la société de méd. de Montpellier, déc. 1844).

— L'acide arsenieux injecté depuis plusieurs jours dans les cadavres devient d'autant plus formidable qu'il se convertit en partie en hydrogène arséniqué. On sait que les gaz toxiques pénètrent dans les pores de l'épiderme avec une facilité d'autant plus grande que celui-ci est mouillé. Robiquet éprouva des douleurs intenses dans le doigt indicateur et une sorte d'impuissance paralytique pour avoir tenu cette partie dans une éprouvette en contact du gaz hydrocyanique. Des phénomènes analogues ont été observés au bras, à la jambe, par suite de l'exposition de cette partie à l'action du gaz acide-carbonique, etc. D'un autre côté, il est facile de comprendre que les sucs arséniqués du cadavre ont pu, à leur tour, pénétrer dans les doigts des jeunes savants de Montpellier, passer dans les veines et les artères, et, par là aussi, dans la grande circulation. Il est facile de comprendre enfin que le poison a pu s'introduire également chez eux par la voix pulmonaire. — Le préservatif dynamique, capable de lutter contre les effets de l'absorption en pareil cas, est tout ce qui excite véritablement, qui élève le rhythme de la force organique (eau de vie, canelle, liqueur alcoolique à la canelle, vin, rhum, alimentation substantielle avant de s'exposer à la dissection, etc.). Comme préservatif local, l'état actuel de la science n'en suggère aucun bien satisfaisant, à ce que nous sachions. C'est là, au reste, un sujet digne de méditation, car le même accident pourrait se représenter.

Statistique toxicologique. — Dans un relevé statistique que vient de publier le docteur Beck, dans le t. 6 des *Transactions of the New-York state medical Society*, concernant les empoisonnements qui ont eu lieu à New-York pendant les années 1841, 42, 43, on trouve un total de 83 cas, vérifiés officiellement par les enquêtes de la cour d'assises de la ville et des environs. Rapportés aux espèces relatives de poisons employés, ces cas se sont trouvés distribués de la manière suivante :

Arsenic	13	Alcool	1
Opium	8	Gin	1
Laudanum	39	Alcool et laudanum	1
Parégorique	1	Eau de vie et laudanum	1
Morphine	3	Strychnine	1
Sublimé corrosif	3	Acide prussique	1
Colchique	1	Phosphore	1
Acide sulfurique	2	Carbonate de potas.	1
Teinture de sanguinaria	4		
Tartre stibié	1	Total	83

Sur ce total on ne trouve que deux seuls suicides. Par accident (erreur ou ignorance) 28 cas; de source inconnue, 5.

Il résulte de ce tableau que les poisons le plus souvent employés sont l'arsenic et l'opium sous diverses formes. Les plus faibles doses d'arsenic employées ont été de quatre grammes (un gros); les plus fortes huit grammes (2 gros). Le temps le plus court mis par ce poison à produire la mort a été de quatre heures; le plus long de deux jours. Quant à l'opium, les plus petites quantités ont été de quatre gram.; les plus fortes, de 45 gram. (une once et demi). Le temps le plus court pour arriver à la mort par ce toxique a été de huit heures, le plus long de vingt heures.

REVUE GÉNÉRALE.

Nouvelles observations cliniques sur le tarantisme; *lues devant la société médico-chirurgicale de Turin; par M. le docteur L. C. Gazzo*

Le tarantisme est une maladie produite par la morsure du *phalangium* d'Aristote, ou *aranea tarantula*, sorte d'araignée généralement connue. On avait révoqué en doute la réalité de cette affection, déjà signalée comme endémique aux Pouilles (provinces du royaume de Naples). J'ai eu cependant l'occasion de l'étudier d'une manière suivie et sur un très grand nombre de sujets, depuis 1838 jusqu'en 1843, dans les communes d'Albissola supérieure et d'Albissola marine, près Savone, où j'exerce depuis plusieurs années. Il existe dans les collines de ces pays une innombrable quantité d'araignées, qui vivent dans de petits trous ou des fissures, cachées sous les herbes ou les broussailles et entourées d'un réseau épais de dense toile. On en rencontre de plusieurs espèces ou variétés, et presque toutes piquent vivement la main imprudente qui les approche ou qui les dérange de leur séjour par inadvertance. Leur morsure est vénéneuse. Parmi les tarantules que j'ai examinées, les unes sont tout à fait noires, les autres présentent sur le dos de petites taches jaunâtres ou d'un rouge foncé; leurs entennes sont noires, ainsi que leur proboscide; elles ont huit pattes, huit yeux, dont quatre seulement visibles à l'œil nu; quatre mâchoires, dont deux grandes et deux petites, parmi lesquelles s'avance la proboscide ou trompe.

Les cas d'empoisonnement par la piqûre de cette araignée ne se sont présentés à mon observation que dans les mois de juin, juillet et août de chaque année, ce qui m'a fait présumer que cet insecte n'était veni-

meux que pendant les trois mois de l'été. L'accident ne s'observe généralement que chez les paysans qui récoltent le foin ou qui le transportent de la campagne à la ville. Les paysans ont l'habitude d'abandonner les choses à la nature; le mal se développe et augmente pendant les trois premiers jours, met le malade au bord du tombeau par des spasmes atroces, d'un caractère tétanique,et avec d'autres symptômes analogues à ceux du choléra. Vers le quatrième jour, l'orage décroît, et le tout se termine vers le quatorzième ou quinzième jour. Analytiquement parlant, les symptômes de la piqûre de notre tarantule se résument dans le tableau général suivant : respiration anxieuse, toux convulsive; voix cassée, rauque et faible; cardialgie, vomituritions, contraction des muscles abdominaux, suppression des urines, constipation, crampes aux quatre membres, froid glacial et sueurs glutineuses par tout le corps; sentiment de brûlure et douleur très vive à l'endroit blessé, douleurs générales vagues et convulsions.

1er *Fait.* — Angela Siccardo, jeune demoiselle d'Albissola supérieure, âgée de 23 ans, fauchait du foin sur une colline exposée au midi, le 16 juillet 1841, à huit heures du matin, lorsqu'elle a été piquée par une araignée à la partie postérieure de l'articulation du genou gauche; elle s'en est aperçue à la douleur et à une tache noirâtre sur le lieu blessé, analogue à celle que produirait une grosse puce. En moins de deux minutes, la patiente a éprouvé une vive douleur pongitive avec une chaleur très vive; la douleur est devenue aiguë et s'irradiait le long de la cuisse, dans la direction du nerf ischiatique, puis elle s'est propagée vers l'abdomen, vers la vessie urinaire, à l'estomac, aux reins, le long de l'épine dorsale et aux membres supérieurs et inférieurs. La douleur la plus vive était à l'abdomen et aux reins. Un quart d'heure après environ, un froid de marbre s'est déclaré à toute la surface du corps, avec sueur algide, crampes aux extrémités supérieures et inférieures; pouls petit, profond et lent. Une heure après, des convulsions tétaniques se sont déclarées, avec tremblements à la mâchoire inférieure, simulant le trismus, se reproduisant toutes les cinq ou six minutes par accès de la durée de huit à dix minutes. La malade se plaignait en même temps de douleurs sourdes dans toute la tête, avec un sentiment de lourdeur. Cette douleur, d'abord vague, s'est convertie ensuite en migraine intense du côté droit, avec un sentiment d'arrachement des cheveux. J'ai prescrit, huit grammes (deux gros) d'ammoniaque dans 500 grammes (une livre) d'émulsion arabique de Frank, à prendre,deux cuillerées de dix minutes en dix minutes; liniment volatile camphré sur la partie blessée; frictions avec des flanelles chaudes sur les membres, et fomentations chaudes. Pour boisson, infusion de fleurs de tilleul.

Dans l'après-midi : contraction des muscles cervicaux empêchant les mouvements du cou; cardialgie intense; éruptations, voix rauque, chaleur à la gorge, contraction des muscles buccinateurs; le teint du visage est naturel, éblouissements, sentiment de flammes et d'étincelles devant les yeux, délire, pouls à peine perceptible. On continue la prescription ci-dessus.—Le soir, vomisssments de matières bilieuses, surtout chaque fois que la malade boit; la potion ammoniacal ecependant est parfaitement tolérée; langue limonneuse, bouche amère, contraction des muscles abdominaux, ischurie rénale, sentiment de serrement aux reins, aux aînes, à la vessie; pesanteur vers le thorax et dyspnée, soif inestinguible, pouls *ut supra.* Traitement idem; on ajoute un lavement huileux. — Le lendemain 17, au matin: les mêmes symptômes continuent, la nuit a été mauvaise, insomnie; la malade se plaint d'un froid de plus en plus intense, avec sueurs algides; les convulsions semblent acquérir de la force, ainsi que les crampes. On continue la prescription. — A midi, même état. — Le soir, froid moins intense,les convulsions ont cessé,diminution de tous les autres symptômes, manifestation d'une douce sueur; légère évacuation alvine, rendue avec difficulté, urines troubles, rouges et sédimenteuses; le pouls est un peu relevé, moins contracté. Prescription de 45 grammes (une once et demie) de sulfate de magnésie, dans une infusion de fleurs de tilleul chaude. — Le 18, au matin, diminution de tous les symptômes, la nuit a été calme, un peu de sommeil. Réaction salutaire, sueurs chaudes, chaleur vive partout le corps, éruption miliaire à la peau, en particulier à l'abdomen et à la poitrine, évacuations alvines abondantes, urines libres et moins sédimenteuses, pouls développé, fébrile. On suspend la potion ammonicale, on continue la magnésie. La miliaire s'est desséchée deux jours après, la malade se plaint de lassitude dans les jambes. Le sixième jour, elle se lève, faiblesse dans les articulations. Amélioration progressive. Guérison complète vers le dixième jour.

2e *Fait.*—Caterina Aprile, paysanne d'Albissola marine, âgée de 32 ans, nourrice, était à couper de l'herbe sur une colline exposée au midi, le 14 août 1841, à sept heures du matin, lorsqu'elle a été piquée par une *aranea tarantula*, vers le tiers inférieur de l'avant-bras gauche. A l'instant, vive douleur sur ce point, se propageant le long du nerf radial vers le cœur, le cou, le dos, le sacrum; les battements du cœur se sont ralentis; pouls à peine perceptible, contraction des muscles cervicaux, douleur gravative aux reins, sentiment de resserrement circulaire à l'épigastre; contraction spasmodique des muscles abdominaux et de la vessie urinaire, ischurie, éruptations, cardialgies, nausées; vomituritions; voix saccadée, rauque et faible, langue limonneuse, inappétence, respiration anxieuse, toux convulsive, sentiment de constriction au thorax; douleurs aiguës revenant par intervalles aux côtés; céphalalgie gravative, face rouge, animée; pupille resserrée, prolapsus de la paupière supérieure, rétraction du bulbe oculaire en haut; trismus, contraction spasmodique des muscles buccinateurs, convulsions tétaniques, froid glacial, sueurs algides et visqueuses; douleurs très aiguës aux extrémités inférieures, surtout aux genoux, agitation générale. Tel était l'état de la malade, lorsque je l'ai visitée pour la première fois, un peu avant midi. Je lui ai prescrit : ammoniaque liquide, 12 gm. (trois gros) dans 750 grammes (une livre et demie) d'émulsion de gomme arabique, et 30 goutte de laudanum de Sydhenam, à prendre deux cuillerée toutes les dix minutes. Infusion de fleurs de tilleul pour boisson. Localement, frictions d'un liniment ammonical. L'endroit de la piqûre était à peine visible à l'œil nu; pas d'auréole ni de bulle appréciable sur ce point. Fomentations chaudes et frictions sur les membres.

Le soir : après les fomentations et frictions, le froid est moindre aux jambes et aux pieds, la face et la tête sont chaudes, mais les muscles cervicaux sont tendus; augmentation des convulsions dont les attaques se reproduisent toutes les cinq ou six minutes; les autres symptômes persistent comme précédemment. Traitement, *ut supra.* — 15 août, à 7 heures du matin : la nuit a été mauvaise, insomnie; urines troubles,sédimenteuses et rares; augmenta-

tion de la cardialgie, chaleur brûlante à la face, picotements sur tout le crâne; froid intense partout le corps, sueurs froides abondantes, douleurs vagues générales; sentiment de brûlure à l'endroit de la piqûre; les convulsions deviennent plus fortes; le reste comme ci-dessus. On continue l'ammoniaque et le laudanum, on ajoute l'usage des poudres de Dower et des fomentations chaudes sur l'abdomen. — Dans l'après-midi : diminution des convulsions, les membres sont chauds et moins douloureux; chaleur mordante à l'abdomen et à la poitrine; augmentation de la cardialgie, continuation des vomituritions, mais à des distances plus éloignées; éruptations insipides très fréquentes; aphonie complète; contraction spasmodique de l'œsophage et du larynx, avec un sentiment de brûlure, et dysphagie; contraction des muscles abdominaux; sensation douloureuse d'arrachement au crâne; urine trouble, sueurs abondantes et visqueuses, figure animée, pouls relevé et large, mais lent, lassitude générale. Traitement comme précédemment; lavement huileux toutes les trois heures. — Le soir, rien de neuf. — Le 16 août, au matin : nuit agitée; les convulsions ont disparu; céphalalgie intense, dysphagie, sentiment de prurit général, en particulier à la poitrine et au ventre; chaleur naturelle, sueur tiède abondante, douleurs vagues aux extrémités; urine rare et trouble, constipation malgré les lavements huileux, pouls animé. On suspend l'ammoniaque et le laudanum. On prescrit de la magnésie jusqu'à purgation. (Suivent d'autres détails, jour par jour, jusqu'à la réaction salutaire et à la guérison. Ces détails ressemblent beaucoup à ceux de l'observation précédente.)

Je pourrais rapporter ici un grand nombre d'autres faits pareils aux précédents, et dans lesquels la même médication, avec ou sans addition de bains tièdes comme propres à calmer le trouble général et les douleurs, a réussi à abréger la durée de la maladie et à ramener une réaction salutaire; mais ce serait m'exposer à des répétitions fastidieuses sans rien apprendre de plus. L'usage externe de l'ammoniaque, je le crois tout à fait inutile, par la raison que le virus de l'araignée est extrêmement diffusif, exerce son action sur l'ensemble de l'organisme et presque pas dans la localité. On voit, au reste, par ce qui précède, que la maladie peut se diviser en deux périodes, savoir : periode algide ou de froid, et période de réaction. Dans la première, il est impossible de voir autre chose qu'une affection asthénique; tandis que la seconde s'énonce avec toutes les apparences d'une maladie irritative. Aussi, ai-je prescrit, pour la première phase, des remèdes excitants diffusifs (*intus et extra*), dans le but de hâter la réaction salutaire. Aussitôt cependant cette réaction obtenue, j'ai renoncé aux stimulants, crainte de provoquer des congestions graves vers le cerveau, les poumons ou le cœur, et je me suis contenté d'abandonner les choses à elles-mêmes, tout en dirigeant vers le mieux les forces de la nature et en déterminant des sécrétions alvines, urinaires et dermiques. L'apparition spontanée de la miliaire, phénomène commun à plusieurs poisons, paraît dépendre d'un travail éliminatoire de l'organisme. C'est aussi, pour faciliter cette élimination du virus, que j'ai prescrit, vers la seconde période, quelques antiphlogistiques sédatifs.

Les faits dont j'ai été témoin ne peuvent plus laisser de doute sur la réalité de la maladie appelée tarantisme, et que plusieurs auteurs, surtout étrangers, avaient niée. Il est de la dernière évidence que cette affection est le résultat d'un véritable empoisonnement par le venin particulier de l'insecte, et dont les effets paraissent analogues à ceux du venin de la vipère, c'est-à-dire essentiellement hyposthénisants. Son action élective paraît porter principalement sur le nerf trisplacnique, si l'on en juge d'après certains troubles fonctionnels. Telle avait été aussi l'opinion du docteur S. De Renzi, dans un mémoire qu'il lut sur ce sujet, le 18 juillet 1842, devant la société médico-chirurgicale de Naples. Cette manière de voir s'accorde d'ailleurs avec les effets salutaires de la médication stimulante employée. (Suivent plusieurs détails historiques connus). On a cherché anatomiquement quel pouvait être le siége de la sécrétion du venin de la tarantule, mais on n'a rien trouvé de particulier, aucun appareil spécial, si ce n'est les glandes communes; mais qu'est-ce que cela prouve, si ce n'est notre ignorance sur ce sujet? Savons-nous d'ailleurs comment s'engendrent les virus organiques contagieux chez les animaux? Peut on nous dire anatomiquement quel est l'appareil spécial qui sécrète le virus rabique, par exemple? Je ferai seulement remarquer, qu'à l'instar de plusieurs autres animaux venimeux, l'*aranea tarantula* n'est telle que pendant les fortes chaleurs de l'été et sous l'influence d'une température élevée, capable d'engendrer certains principes malfaisants. On connaît d'ailleurs d'autres insectes venimeux vers la même époque de l'année et sous certains climats seulement. Au surplus, je m'en tiens aux faits matériels, qui sont faciles à vérifier; je suis autorisé à citer ici les noms de mes confrères, MM. D. Ramorini et B. Freccero, qui ont suivi, jusqu'à ce jour avec moi, les deux malades dont je viens d'exposer les détails. (Gior. delle sc. med. d. soc. med.-ch. di Torino, déc.)

Syphilis. — Dans un travail sur la syphilis que vient de lire, devant le dernier congrès scientifique à Florence, le docteur Clerici, chirurgien du service des vénériens à l'hôpital de Milan, est arrivé aux conclusions suivantes. — Il n'existe que deux seules formes de syphilis dermique, savoir, l'ulcère et le tubercule. La première est l'expression de la vérole primitive; la seconde, de la syphilis constitutionnelle. Toute autre forme cutanée qu'on a caractérisée de syphilide n'appartient pas à la syphilis, ou elle se confond avec le tubercule. La forme vésiculeuse est excessivement rare. A l'hôpital de Milan, on ne l'a observée que huit fois sur mille. Quand d'autres malades de ce genre se sont présentés, on s'est assuré que l'éruption vésiculeuse ne se rattachait pas à la syphilis, et qu'elle tenait souvent à une gastro-entérite manifeste. Il en est de même de la forme pustuleuse, qu'on a décrite également comme une syphilide. En ce qui concerne l'état suppurant de quelques tubercules et des bubons, l'auteur fait remarquer que c'est là une complication de la syphilis, par la présence d'un travail inflammatoire qui

accompagne la plupart des maladies spécifiques. Les taches vénériennes elles-mêmes ne sont pour l'auteur qu'une complication des tubercules syphilitiques dont elles constituent l'aire. Toutes les autres formes des syphilides, les papules, etc., ne sont en réalité que de petits tubercules au fond. La dermatologie vénérienne, par conséquent, se trouve en grande partie taxée d'erreur ou d'illusion par M. Clerici. Le tubercule, en suppurant, se réduit lui-même en ulcère, de sorte que les deux formes de la maladie se confondent en définitive. L'auteur émet enfin deux propositions générales qu'il regarde comme deux lois constantes. La première, c'est que les tubercules qui se déclarent soit à la suite d'un coït impur, soit après un allaitement infecte, prennent électivement pour siége les environs des organes génitaux, savoir, la face externe des grandes et petites lèvres, le pli des aînes, le périnée, etc. Chez l'homme, le même fait a lieu. La seconde, c'est que, contrairement à l'opinion de M. Ricord, les tubercules sont contagieux, bien qu'à un moindre degré que les chancres. L'auteur a cité plusieurs faits à l'appui de cette contagion soit aux organes génitaux, soit à la mamelle chez des nourrices qui avaient été infectées par leur nourrisson, et qui ont ensuite communiqué le mal à leurs maris; mais on sait que l'authenticité de ces sortes de faits est contestable; néanmoins, M. Clerici soutient comme un fait parfaitement établi qu'il ne s'agit pas ici de chancres, mais bien de femmes atteintes de tubercules, et qui n'ont communiqué que des tubercules; d'où il conclut que les tubercules produisent des tubercules, comme les chancres des chancres. De là des données nouvelles pour le diagnostic et pour la médecine légale. Cette manière de voir est loin d'être adoptée généralement en France; elle y trouve cependant, ainsi qu'en Angleterre, quelques partisans; nous ne sommes pas tout à fait de ce nombre, à moins que des faits incontestables ne viennent la confirmer. (*Ann. Univ. di med. nov.* 1844.)

Syphilis aux régions polaires. — On avait supposé (*a priori* il est vrai) que la syphilis, maladie originaire des climats chauds était plus grave aux régions polaires que sous les zones tempérées ou torride. Telle était aussi l'opinion de Hunter. Un travail très intéressant cependant que vient de nous communiquer le docteur Liljevalch, jeune chirurgien distingué des armées de Suède, et chargé principalement du service de l'hôpital des vénériens militaires à Stockolm, nous apprend qu'aucune différence absolument ne peut être établie entre l'énergie, la marche et les terminaisons des symptômes des maladies syphilitiques en Suède et à Paris. Il en est de même de l'action des remèdes qu'on prescrit contre elles. M. Liljevalch a publié un tableau statistique que nous avons sous les yeux, concernant les vérolés traités à l'hôpital de Stockolm dans une période de 20 années, savoir de 1822 à 1841, inclusivement. Dans ce nombre, sont compris les résultats des trois dernières années de son service (1839-41). C'est sur celles-ci, comme les plus récentes et les plus détaillées, que nous allons jeter un coup-d'œil rapide. — Dans cette période, on a reçu un total de 438 gonorrhéiques et de 711 individus atteints de chancres primitifs. Les gonorrhées ont été traitées à l'aide des antiphlogistiques ordinaires, excepté trois cas qui se sont trouvés compliqués d'arthrocace et qui ont été traités au moyen des fumigations mercurielles aux articulations malades (cinabre), et du calomel intérieurement. La durée moyenne de l'affection a été de 22 jours 3/10. C'est, comme on le voit, la même durée à peu près que nous observons dans nos climats. Les chancres primitifs ont été en grande partie (c'est-à-dire 631 sur 711) traités sans mercure, savoir : par les antiphlogistiques, et les cautérisations au nitrate d'argent quelquefois. Une condition essentielle pour la guérison, c'est le repos au lit et la diète pendant les premiers quinze jours; on accorde ensuite une alimentation substantielle animale et végétale. Les résultats ont été généralement heureux; les chancres simples ont guéri en quinze jours, terme moyen; c'est lorsqu'ils s'induraient qu'on les traitait par les mercuriaux (iodure de mercure). On voit, par conséquent, que les chancres de cette catégorie ont été en très petit nombre, et c'est aussi ce qu'on observe dans les hôpitaux de Paris. — Sur le total des 711 cas, on n'a eu consécutivement que 98 cas de vérole secondaire ou tertiaire. Sur ce dernier chiffre, 39 ont été traités par les seuls antiphlogistiques, 39 par les mercuriaux intérieurement, 7 par les fumigations mercurielles, 22 avec l'iodure de potassium; tous ces malades ont guéri. On voit par conséquent que tous les avantages restent à la méthode antiphlogistique, et que les mercuriaux n'ont été nécessaires qu'exceptionnellement dans la vérole primitive, et les résultats ont été généralement satisfaisants. Ces observations sont d'autant plus importantes qu'elles ne laissent pas de doute relativement à la marche de la maladie dans ses différentes périodes, car, d'après l'état actuel du service à Stockolm, les militaires sortis de l'hôpital sont obligés de revenir dans le même service en cas de récidive. Au reste, M. Liljevalch, qui est au courant des travaux modernes de la chirurgie, a adopté en général les doctrines de M. Ricord, dont il a suivi et apprécié la pratique à l'hôpital des vénériens. A la suite de ce tableau général, l'auteur donne autant de tableaux séparés pour chaque année. En 1839, par exemple, sur 444 vérolés traités sans mercure, il n'y a eu que 5 cas de vérole secondaire, et sur 31 traités par les mercuriaux, il y a eu 9 récidives. On comprend ce dernier chiffre si considérable relativement, en se rappelant que le mercure n'était prescrit qu'exceptionnellement, dans les mauvais cas qui résistaient aux moyens antiphlogistiques.

Kyste hydatique au poignet. — M. Syme, d'Édimbourg, croit que la cause des accidents qui succèdent à la large ouverture qu'on pratique aux kystes de la face palmaire du poignet réside dans la présence du ligament annulaire qui s'oppose au libre travail de coarctation cicatricielle des bords de la bourse synoviale; aussi propose-t-il de comprendre ce ligament dans l'incision de la tumeur. Il rapporte le fait suivant : Janet Preston, âgé de 20 ans, a été reçu à l'hôpital le 13 février, se plaignant de douleurs et de faiblesse dans le poignet gauche. Cette partie était très gonflée, mais sans changement de couleur à la peau; le toucher accuse une fluctuation manifeste, avec une sensation de frottement propre aux épanchements des bourses et gaînes synoviales. Le mal existait depuis deux ans, et empêchait depuis un an l'usage de la main. « J'ai pratiqué une large incision depuis le poignet jusqu'à la paume de la main, y comprenant le ligament annulaire, ce qui a donné issue à une quantité considérable de fluide glaireux et de pe-

tits corps plats cartilagineux, et mis à découvert les tendons fléchisseurs, séparés et environnés de la membrane synoviale épaissie. J'ai rempli la cavité de charpie sèche, que j'ai soutenue par un bandage légèrement compressif. Dans les pansements subséquents, j'ai eu soin d'empêcher les tendons de faire hernie et de rapprocher les bords de la plaie, et de remplacer le ligament annulaire par une compression. Aucun accident n'est survenu, et le malade a guéri complétement dans l'espace de quelques semaines. Le membre a repris ses fonctions » (Lond., Edim. med. jour.).

Tumeur érectile veineuse dans le tissu diploïque de l'os frontal; *par M. Paoli*, D. M. *à Florence.* — Ferdinand Nannoni, âgé de 48 ans, de tempérament sanguin, issu de parents sains, habituellement bien portant, mais adonné à l'intempérance, a été reçu à l'hôpital de S. Maria-Nuova, à Florence, le 4 décembre 1840, pour être traité d'une tumeur développée au sommet du front. M. Andreini, professeur de clinique chirurgicale dans le service duquel le malade se trouvait, l'ayant examiné, a obtenu le commémoratif suivant. Vers la fin de février de la même année, le malade, étant ivre plus qu'à son ordinaire, une nuit, il s'est levé de son lit et approché d'une fenêtre où il s'est frappé si violemment au haut du front qu'il est tombé sans connaissance. Il est resté ainsi par terre toute la nuit; le lendemain il était revenu à la connaissance, a pu sortir et se promener dans la ville pendant quelque temps. Rentré ensuite chez lui, il s'est couché de nouveau et a dormi quelques heures. Le jour même, on ne voyait à l'endroit frappé qu'une petite ecchymose bosselée, sans complication, et sans importance au prime abord. Pendant deux mois, cette petite tumeur ecchymosique est restée stationnaire, le patient n'y a pas fait attention, n'a employé aucun traitement, et il a continué sa vie d'ivrogne. Un autre jour, il est tombé encore étant ivre et il s'est frappé contre la bosse elle-même dans un escalier. Dès ce moment, le volume de la tumeur a commencé à augmenter, mais sans douleur. Quarante jours avant son entrée à l'hôpital, le malade est tombé pour la troisième fois et s'est frappé également au front; la tumeur a pris alors le volume d'une orange. Tels sont les détails des antécédents de la maladie. — A l'examen, on a trouvé l'état suivant : la tumeur est placée au sommet du front et s'étend d'une part vers les pariétaux, de l'autre, jusqu'au delà de la fontanelle antérieure. Mesurée à sa base, elle offre 42 centimètres (14 pouces) de circonférence, 30 centimètres (10 pouces) dans sa direction verticale, en suivant la courbe de sa surface. Elle s'élevait en avant et latéralement au dessus du niveau des cheveux, de 9 centimètres (3 pouces) environ; en arrière, elle était un peu aplatie. La peau offrait sa consistance et sa couleur naturelles. Au toucher, elle présente une fluctuation très marquée, surtout à son sommet, tandis qu'à la base, elle est résistante et dure. Comprimée avec la main, elle ne diminue pas de volume et ne détermine aucun symptôme encéphalique; elle ne présente aucun mouvement vibratile, ni de frémissement à l'auscultation. L'adhérence de sa base au plan osseux était telle qu'on aurait dit que la tumeur était continue avec les os. M. Andreini s'est demandé, en présence de ces conditions, s'il avait affaire à une encéphalocèle, à un kyste, à un fongus de la dure-mère, à un anévrisme du tissu diploïque, à une tumeur fibro-cartilagineuse, à un fongus des os du crâne, etc. L'absence de pulsations et de paralysie excluait déjà plusieurs de ces hypothèses. Le volume trop considérable, la forme et la marche rapide de la tumeur faisaient douter qu'il s'agît d'un kyste. On a cru pouvoir s'arrêter à l'idée d'une collection de sang et de pus par suite de l'action traumatique. L'état général du malade était bon. On a tenu quelques jours le patient en observation, mais on s'est aperçu que la tumeur faisait des progrès, devenait plus fluctuante et menaçait rupture au sommet. Les chirurgiens de l'hôpital ayant été appelés en consultation, on est convenu qu'il fallait opérer, ouvrir la tumeur et l'extirper au besoin.

Opération. — Le malade étant assis, M. Andreini a pratiqué sur la tumeur une incision longitudinale dans le sens de son grand diamètre, y comprenant seulement la peau, afin de ne pas léser le kyste, s'il s'agissait d'un kyste. A peine cependant cette incision a-t-elle été faite que le sang a coulé en abondance, en partie liquide, en partie coagulé. On a enlevé plusieurs caillots et l'on a mis à découvert une masse pulpeuse, élastique, cellulaire, dont les parois étaient formées par une substance fibreuse. On a excisé tous ces tissus jusqu'aux os et l'on n'a trouvé qu'un plan osseux, érosé dans toute son épaisseur, d'où il résultait une brèche considérable qui mettait en évidence les méninges. La dure-mère était affaissée et le cerveau déprimé par l'action compressive de la tumeur. Du sang s'écoulait de toute part par un nombre immense de bouches passives; en peu de secondes il s'en est écoulé près de deux kilos et demi (cinq livres). Le chirurgien s'est hâté d'arrêter l'hémorrhagie, en introduisant au fond de la brèche des compresses en plusieurs doubles qu'il a appliquées contre les bouches sanguines. Ensuite il a excisé autant que possible de l'éponge sanguine, et il a enfin rempli la cavité de charpie qu'il a retenue serrément à l'aide d'une bande.

Le malade a bien toléré cette opération. Pour continuer la compression d'une manière constante, on y a appliqué la main d'un aide, et l'on a ajouté des aspersions d'eau froide. Le soir, le malade semblait comme étourdi, ses pupilles n'étaient pas sensibles à l'action de la lumière; légère céphalalgie, fièvre (saignée de 180 grammes). La nuit a été sans sommeil; vomissements légers, céphalalgie intense, fièvre, stupeur. Le soir, augmentation de la fièvre et de la céphalalgie (saignée de 180 grammes, sinap. aux membres infér.). — 2e jour, nuit meilleure, un peu de sommeil, le vomissement a cessé, réponses nettes, pupilles plus sensibles. Le soir, exacerbation de la fièvre (saignée de 120 grammes). — 3e jour; la suppuration pénètre l'appareil; le malade se plaint que le bandage est trop serré; les paupières sont œdémateuses. On ôte quelques tours de bande afin de diminuer la compression et par là l'œdème palpébral. Néanmoins, le gonflement œdémateux s'étend à toute la tête et à la partie postérieure du cou. — 4e jour, nuit bonne, fièvre légère, peu de céphalalgie. — 5e jour, on ôte une partie de l'appareil qui est imprégné de pus et très fétide; le malade est comme le jour précédent. Le soir, la fièvre s'exaspère et les facultés intellectuelles sont excitées (saignée de 120 grammes, sinap.). — 6e jour; après la saignée le malade a été calme, nuit bonne, sommeil; mais l'œdème s'étend vers le dos et vers la poitrine. — 7e et 8e jours, rien de nouveau. — 9e jour, on change entièrement l'appareil. La dure-mère est couverte d'une couche de matière albumineuse, analogue à une pseudo-membrane; les méninges, néanmoins, sont ramollies sur un point, elles se sont consécutivement déchirées et laissent prolapser une petite portion de la pulpe cérébrale. Les fonctions viscérales sont en bon état. — 11e et 12e jours, suppuration très abondante, le pus ne coule pas librement au dehors, il s'infiltre dans les téguments crâniens, entre les os et les parties molles; abattement général, nausées, diarrhée. Mort le 16e jour de l'opération, avec des symptômes pulmonaires et un épanchement pleurétique.

Autopsie 30 heures après. — La tête présente une ample brèche à l'endroit de la fontanelle antérieure, pénétrant directement dans la cavité crânienne. L'érosion comprend à la fois l'os frontal et les deux pariétaux; les meninges sont à découvert; la paroi inférieure de la cavité profonde est formée par la dure-mère. On scie circulairement la voûte du crâne et on la détache conjointement à la dure-mère, sans déchirer le cerveau; on n'y rencontre pas de restes bien notables de phlogose, si ce n'est que l'arachnoïde est légèrement opaque, ou, comme on dit, lactescente. Les ventricules du cerveau contiennent un peu de sérum limpide. L'ouverture osseuse présente 6 centimètres (deux pouces) de diamètre; elle est de forme ronde, à bords inégaux, dentelés. Entre les deux tables de l'os, on voit sortir une substance pulpeuse, de couleur pourpre foncé, et d'une organisation tout à fait cellulaire comme celle de la substance de la rate. On a injecté l'artère sphéno-méningée avec un faible jet de mercure, et ce métal est venu se précipiter comme une pluie par une innombrable quantité de petites bouches vasculaires béantes, formées par les cellules elles-mêmes du tissu précédent de la tumeur. Aussitôt que l'on cessait le courant de mercure, la pluie mercurielle des cellules cessait également, de sorte que l'injection en sortait en totalité, et l'on n'a pu obtenir une injection durable. On a essayé ensuite une injection avec du plâtre coloré; le résultat a été le même. M. Burci, qui avait été chargé de cette dissection, a alors divisé longitudinalement la voûte crânienne en deux moitiés, en faisant passer la section par la brèche morbide, afin de mieux examiner le tissu aréolaire sanguin, et l'on a reconnu manifestement que cette espèce d'éponge résultait du tissu diploïque lui-même dégénéré, ramolli, hypertrophié. Il a même été évident que c'est cette hypertrophie qui avait formé la brèche osseuse, car, sur plusieurs points, on voyait les deux tables de l'os amincies et éloignées entre elles, et sur d'autres, ces tables étaient tout à fait détachées, éclatées et couchées d'un côté sur la dure-mère, de l'autre contre les parties molles. La dure-mère indurée adhérait fortement autour de l'ouverture, et sa surface dénudée dans cette ouverture présentait quelques petites végétations vasculaires analogues à celles de la tumeur diploïque. Le tissu spongieux de cette tumeur, ayant été examiné à son tour, s'est trouvé formé d'un entrelacement immense de vaisseaux sanguins, qui communiquaient avec les artères du tissu diploïque; tous ces vaisseaux étaient réunis ensemble par du tissu cellulaire dense, serré, d'apparence fibreuse. Cette structure vasculaire et aréolaire; cette communication directe des cellules de la tumeur avec l'artère spéno-méningée; le peu d'abondance de l'élément fibro-celluleux ont fait caractériser la maladie pour une tumeur sanguine du tissu diploïque des os du crâne, autrement dite tumeur érectile, anévrisme par anastomose, car elle en avait tous les caractères, seulement cette tumeur était du genre des veineuses, aussi n'était-elle pas pulsatile. Scarpa, Palletta, Dupuytren, Monteggia, Montini ont parlé de ces sortes de tumeurs non pulsatiles du parenchyme des os. (*Gazetta Toscana delle scienze méd.-fisiche*, déc.)

— L'auteur a fait de cette observation le sujet d'un mémoire qu'il a lu à la société médico-physique de Florence, le 8 septembre dernier; il l'a donc accompagnée de recherches qu'on lira avec d'autant plus d'intérêt, en ce moment, que M. Roux vient d'appeler l'attention des chirurgiens sur cet important sujet. Nous allons les reproduire.

La tumeur dont on vient de lire les détails se rapproche beaucoup, au point de vue anatomique, de celles qu'a décrites M. Walther dans sa thèse sur les fongus de la dure-mère, et dans laquelle il s'est efforcé de prouver, contrairement à l'opinion de M. Wenzel, que les tumeurs que l'on caractérise communément de fongus de la dure-mère ne sont en réalité, en origine, que des végétations morbides de la substance des os du crâne, ou des parties molles extérieures de celui-ci, et que, par conséquent, Louis et d'autres auteurs postérieurs, qui s'étaient arrêtés à la caractérisation en question, s'étaient trompés comme M. Welzel lui-même. Les deux faits rapportés par M. Walther offrent d'autant plus de ressemblance avec le mien que, comme dans celui-ci, les tumeurs n'étaient pas pulsatiles, ne diminuaient pas par la compression, ne laissaient pas découvrir un cercle osseux sur le point de sortie. En outre, une lésion traumatique leur avait donné naissance. A l'autopsie du premier cas on a trouvé l'érosion des deux tables des os du crâne et une brèche de 12 centim. (4 pouces) de diamètre, remplie d'une masse formée de tissu cellulaire et de vaisseaux artériels et veineux très dilatés, et, dans son intérieur, une cavité remplie de caillots sanguins. Cette tumeur était divisée en deux parties par l'ouverture crânienne qui l'étranglait, elle adhérait en dehors au périoste, en dedans à la dure-mère, et solidement au bord de la brèche osseuse; les vaisseaux du périoste et du diploë se continuaient avec ceux de la tumeur. — Dans le second fait on avait cru avoir affaire à un stéatome, la tumeur offrait le volume d'une orange, était indolente, n'offrait pas de rebord osseux à la base, ne diminuait pas à la pression, ne causait ni stupeur ni d'autre accident. Le chirurgien l'a opérée en incisant les téguments circulairement; mais cette incision a fait jaillir le sang en si grande abondance, par dix grosses artères du calibre d'une plume à écrire, qu'il s'est hâté de fermer la plaie pour arrêter l'hémorrhagie et abandonner les choses à la nature. M. Walther cependant ne classe pas ces deux cas au nombre des anévrismes par anastomose, par la raison qu'ils manquaient de pulsations artérielles; mais il est impossible de s'y méprendre, d'après la structure anatomique des parties. Cependant l'auteur les considère comme des sarcomes. Ces sarcomes sont plus ou moins vascularisés, quelquefois compliqués d'une matière molle, fongueuse, ou spongieuse.

J. L. Petit avait lui-même parlé de cette espèce de dégénérescence des os du crâne, sous le nom de carnification des os et qu'on a confondue avec les végétations morbides de la dure-mère. M. le professeur Porta, de Pavie, a observé aussi deux cas de fongus provenant des os du crâne, et M. Panizza a déposé plusieurs préparations de ce genre dans le musée anatomique de la même ville; elles représentent des fongus crâniens qu'on avait pris pour des fongus de la dure-mère. Il est donc démontré qu'il se forme quelquefois des tumeur dans la substance diploïque des os du crâne, lesquelles viennent adhérer à la dure-mère après avoir érosé la table interne, et se confondent

communément avec les fongus de la dure-mère. C'est ce qui serait arrivé aussi dans notre cas, si la dernière contusion que le malade avait essuyée n'eût pas déterminé l'augmentation rapide de la tumeur. Les petites végétations, en effet, de la dure-mère seraient venues, avec le temps, s'unir à la masse diploïque, et l'on aurait cru tout simplement à une tumeur primitive et unique de la dure-mère. Bien que des pathologistes d'une grande autorité, tels que Rey, Kausmann, Sibold, Sandifort, aient parlé de tumeur fongueuses des os du crâne, néanmoins ces auteurs n'avaient pas fait de distinctions relativement à leur structure anatomique; ils disent seulement que, dans quelques cas, on a observé des hémorrhagies très abondantes de ces tumeurs, ce qui faisait présumer qu'elles devaient être constituées d'un nombre immense de vaisseaux sanguins; tandis que, dans d'autres cas, la tumeur résultait d'une substance charnue, molle, fongueuse et rien de plus. Il me semble cependant suffisamment démontré aujourd'hui que toutes ces végétations se rapprochent plus ou moins des tumeurs sanguines, et je pense que l'absence des pulsations ne doit pas empêcher de les considérer comme une variété d'anévrisme, par la raison que les anévrismes du parenchyme des os ne sont pas toujours pulsatiles. Ce qui me conduit à adopter cette opinion, c'est qu'ayant comparé ma pièce pathologique à une autre qui se trouve dans le cabinet anatomique de notre hôpital, d'un anévrisme de l'extrémité supérieure du tibia, distendue énormément et convertie en une coque osseuse, du volume de la tête d'un enfant, je n'y ai pas trouvé de différence essentielle; et elle n'avait pas présenté de pulsations. Son intérieur était alvéolaire, rempli de caillots organisés, adhérents, et sa production se rattachait aussi à une cause traumatique. — Nous devons rapprocher de cet important travail un article que nous avons donné sur les tumeurs érectiles du parenchyme des os des membres (Ann. de thérap. t. 1, p. 448). Nous reprendrons dans le prochain numéro cette question à l'occasion d'un travail que M. Roux a commencé à lire à l'Académie de méd., et d'un cas de même espèce sur le cuir chevelu que nous suivons depuis plusieurs mois dans un de nos hôpitaux.

Remarque sur la paraplégie; par M. Brodie. — Une des causes les plus communes de la paralysie des membres inférieurs consiste dans une altération morbide de la structure intime de la moelle épinière, savoir un ramollissement. Un des effets très communs de la commotion est précisément celui-là. Le ramollissement est d'abord extrêmement léger; il augmente ensuite par degrés, et ne se dévoile autrement à la dissection que par une simple diminution de consistance de la moelle, ce qui ne change rien à l'apparence solide de l'organe. Par la suite, les membranes peuvent à peine être séparées, et si on met les parties dans de l'eau, le cordon de la moelle liquéfiée surnage, ainsi que ses membranes. Ce qui produit le ramollissement, je ne saurais le dire. On a dit que c'était l'inflammation; cependant on n'y trouve pas de trace de ce travail; on n'y rencontre pas de vaisseaux sanguins injectés; loin de là, les parties sont moins vascularisées qu'à l'état normal. Tout ce qu'on peut dire, c'est qu'il existe un changement particulier dans la structure de la partie, mais la cause immédiate nous échappe.

Une jeune dame a succombé à un ramollissement de la moëlle, elle était bien portante sous d'autres rapports, et il était impossible de dire quelle cause avait pu le produire. Il est une cause très commune de ce ramollissement, non chez les jeunes femmes mais chez les hommes de la haute société, qui, ayant beaucoup de fortune, mènent une vie oisive, ou plutôt passent leur temps à intriguer auprès des femmes. Chez eux on rencontre souvent le ramollissement de la moëlle par abus du coït. Les anciens qui connaissaient moins que nous l'anatomie pathologique appelaient cette maladie *tabes dorsalis*, ce qui était, peut-être, plus expressif que notre technologie. — On a prétendu que la paraplégie ou la paralysie des membres inférieurs, dépendait d'une maladie du cerveau et non de la moëlle épinière. Cette opinion a été soutenue par le docteur Baillie, dans un mémoire inséré dans les *Transactions of the College of Physiciens*; mais il ne cite aucun fait à l'appui de sa manière de voir. Néanmoins, il est des raisons pour croire que, dans certaines circonstances, une maladie du cerveau peut produire la paralysie des membres inférieurs avant que la même maladie éclate aux membres supérieurs. J'ai fait l'autopsie d'un homme paraplégique, et je n'ai trouvé que de l'eau dans les ventricules du cerveau, rien absolument dans la moëlle épinière. Que la maladie maintenant peut se rencontrer à la fois dans le cerveau et dans la moëlle, on ne saurait en douter. Les jeunes gens qui deviennent paraplégiques à la suite d'une vie dissipée, offrent, à l'autopsie, des altérations dans le cerveau et à la moëlle. On rencontre, en effet, ramollie la moitié inférieure de la moëlle, et une portion plus ou moins considérable du cerveau. Au reste, il est tout naturel de penser que si le sujet paraplégique ne présente pas de symptômes cérébraux, on est autorisé à penser que la lésion est bornée à la partie inférieure de la moëlle. Lorsque le mal s'accompagne, au contraire, de vision double, que la pupille d'un côté est dilatée, que le malade accuse de la céphalalgie, des vertiges, la lésion cérébrale est vraisemblable; mais s'il y a en même temps paraplégie, on doit conclure à l'existence des deux affections. Voici cependent un fait qui déroute nos données de diagnostic. Il y a environ neuf ans, j'ai été mandé à Lincolnshire pour voir un gentleman atteint de paralysie aux membres inférieurs; le mal existait depuis huit ans et le patient accusait en même temps une douleur à l'épigastre. Petit à petit la paralysie a remonté et envahi les membres supérieurs, la pupille s'est dilatée à un seul œil; cependant il n'y avait eu en origine que paraplégie simple. Ni mon traitement, ni ceux qu'on avait fait jusqu'alors n'ont pu soulager le malade, et il s'est enfin abandonné à la nature sans suivre de traitement. Dix ans plus tard, la femme de ce monsieur étant très malade, est venue à Londres avec son mari; l'état de celui-ci étant désespéré, il n'a consulté aucun médecin pour lui-même; il était complétement paralysé des quatre membres, il pouvait à peine parler et il ne pouvait avaler qu'avec difficulté. On aurait dit qu'il n'y avait que la tête de vivant chez lui. Sa femme est morte et il l'a suivie de près. J'ai obtenu la permission d'en faire l'autopsie conjointement avec M. Tatum et un autre méde-

cin de mes amis; nous avons examiné soigneusement le cerveau et la moëlle épinière; qu'avons-nous trouvé? Rien absolument. Qu'aurions-nous trouvé si les fibres de la moëlle eussent été disséqués après un certain séjour dans l'alcool, et à l'aide du microscope? Je l'ignore; mais, je le répète, notre autopsie, à laquelle nous avons tous les trois travaillé plus de deux heures, ne nous a rien dévoilé; seulement le cordon de la moëlle semblait avoir un volume un peu moindre qu'à l'état normal; il y avait un peu de sérosité entre la pie-mère et l'arachnoïde, et une simple rougeur à la partie supérieure de la moëlle. Le patient s'était pendant longtemps pleint de douleur considérable à l'épigastre; j'avais présumé que cela pouvait tenir à une lésion du plexus épigastrique; nous avons donc extirpé ce plexus que nous avons examiné chez nous; M. Tatum l'a disséqué soigneusement, mais nous n'avons pu rien y découvrir. N'allez pas croire cependant que je croie ce cas dépendant d'une simple lésion fonctionnelle, l'organisation délicate du cerveau et de la moëlle épinière pouvant s'altérer sans que cette altération soit apercevable à l'œil nu; il ne serait pas logique en effet d'admettre que les symptômes ci-dessus pouvaient se rattacher à une simple lésion fonctionnelle (Lond. and Edim. m. j. of med. sc., avril 1844).

TRANSACTIONS ACADÉMIQUES.

ACADEMIE DES SCIENCES.

Cathétérisme.— Dans la séance du 13 janvier, M. Maisonneuve jeune, chirurgien des hôpitaux de Paris, a lu un mémoire intitulé: Sur un moyen simple et sûr de pratiquer le cathétérisme dans les cas les plus difficiles.— « Ce moyen consiste à introduire d'abord dans l'urètre une bougie de gomme élastique n° 1 ou 2 (excessivement fine), à glisser ensuite sur cette bougie une sonde ouverte à ses deux bouts et proportionnée au calibre du canal. Cette introduction de la sonde est rendue facile au moyen d'un fil de soie ou de métal que l'on fixe à l'extrémité externe de la bougie, après l'avoir préalablement passé dans le canal de la sonde. Il suffit, en effet, de pousser doucement la sonde sur la bougie conductrice, en tendant préalablement le fil, pour la faire pénétrer facilement et sans douleur jusqu'à la vessie. »

Tel est le procédé que M. Maisonneuve a présenté comme nouveau et sûr à l'Académie. D'abord, est-il nouveau, et appartient-il à M. Maisonneuve? — Aucunement; et c'est par une étrange illusion que ce chirurgien l'a exhibé comme tel. Ce procédé appartient à M. Amussat, il est connu et décrit depuis plus de dix ans, et nous l'avons nous-même publié encore, il y a huit ans environ, dans une suite d'articles sur les rétrécissements que nous avons insérés dans le *Bulletin de thérapeutique*. M. Amussat nous l'avait démontré lui-même dans ses cours, nous le répétions ensuite dans nos leçons de chirurgie à l'Ecole pratique, et M. Robert en fait autant tous les ans dans ses cours d'opérations. Voilà pour la nouveauté. Quant à sa bonté, il y a longtemps qu'il a été jugé favorablement. On comprend cependant que le procédé suppose la possibilité du passage de la bougie à travers l'obstacle, s'il s'agit de rétrécissement; et, en outre, la possibilité de faire filer la sonde le long de la bougie à travers l'obstacle lui-même. Or, la chose n'est pas toujours possible; nous en appelons à l'expérience des praticiens les plus exercés. Le procédé en question n'est donc pas tout à fait justificatif du titre fastueux dont s'est plu à le décorer M. Maisonneuve.

Surdité.— Le docteur Wolff, de Berlin, a lu dans la séance du 6 janvier une note sur le traitement des maladies de l'oreille moyenne et interne à l'aide de vapeurs médicamenteuses qu'il introduit dans la caisse avec un appareil de son invention. Cet appareil (l'auteur ne l'a pas présenté à l'Académie) paraît consister en un enchaînement de globes dans lesquels il fait passer des vapeurs d'eau bouillante pour les faire refroidir et auxquels il ajoute les substances médicamenteuses volatiles qu'il veut faire arriver dans l'oreille. L'auteur soutient que, pour faire arriver les vapeurs dans la caisse, il n'est pas nécessaire du cathétérisme de la trompe gutturale; le seul approche du bec de l'appareil vers l'embouchure de la trompe dans la gorge suffit pour faire passer les vapeurs dans l'oreille, en faisant sans doute un effort expiratoire, le nez et la bouche étant fermés.— Cette méthode était, comme on sait, pratiquée à Paris, il y a plusieurs années, par MM. les docteurs Biechy et Batissier; ses effets n'ont pas été cependant suffisamment appréciés à ce que nous sachions jusqu'à ce jour. La partie réellement utile des observations de M. Wolff, c'est de rappeler un principe déjà connu, savoir la possibilité d'introduire un fluide dans l'oreille sans cathétérisme; mais cela suppose, comme on le voit, que le passage de la trompe gutturale est parfaitement libre, ce qui n'a pas toujours lieu. Ajoutons que les vapeurs médicamenteuses énergiques doivent impressionner désagréablement le fond de la gorge.

FAITS CRITIQUES.

Des maisons de santé destinées aux aliénés. — Plusieurs fois déjà nous avons appelé l'attention sur les inconvénients qu'on rencontre dans les maisons spéciales destinées aux aliénés. Nous croyons devoir reprendre aujourd'hui ce sujet d'une manière plus générale, vu son importance extrême et l'accroissement progressif de certains abus non prévus par les lois. Les détails dans lesquels nous allons entrer seront peut-être goûtés par les personnes qui comptent prendre part à la discussion des lois sur l'exercice de la médecine, qu'on doit, dit-on, présenter prochainement aux chambres législatives. Nous avons à peine besoin de dire d'avance que nous n'entendons faire aucune application personnelle des faits ou opinions que nous allons exposer.

Dans l'état actuel des choses, le premier médecin venu peut ouvrir une maison de santé d'aliénés. Quel est le but de pareilles entreprises? La spéculation, le gain. On peut se demander d'abord s'il est décent à un homme qui exerce une profession noble, libérale, de mettre ses titres à prix dans une spéculation d'*hôtel garni*. Nous soulignons ce dernier mot; car il ne faut pas se faire illusion, une maison de santé n'est au fond qu'une sorte d'hôtel garni où l'on loge des personnes bien portantes, aussi bien que des personnes malades, ou soi-disant telles. On comprend que tout autre qu'un médecin se livre honnêtement à une pareille industrie, qu'un ou plusieurs docteurs soient attachés à l'établissement uniquement comme médecins, exerçant leur profession avec toute l'indépendance et la conscience que notre état nous commande; mais dès le moment où cet exercice ne peut s'effectuer que dans les conditions dictées par les intérêts matériels de l'entreprise; dès le moment où les pres-

criptions curatives sont sous la dépendance du gain, de la spéculation ; dès le moment enfin où le but de l'exercice n'est plus celui de guérir le plus promptement possible, le plus consciencieusement et d'après les termes du serment doctoral, on peut se demander si la tolérance de ces sortes d'entreprises n'est pas immorale pour le médecin, et s'il n'y a pas lieu de réclamer une réforme complète à cet égard.

Rappelons-nous en effet quelles peuvent être les conséquences d'un traitement mal dirigé dans les affections mentales. Une personne d'âge moyen est, par exemple, frappée d'aliénation simple, de monomanie, d'allucinations plus ou moins graves ; elle est transportée dans une maison particulière d'aliénés ; le médecin de cette maison est en même temps chef de la spéculation matérielle de l'établissement ; il a donc intérêt à avoir le plus de pensionnaires possible, à augmenter son fonds, il la traite sans aucun contrôle, il prescrit à sa guise des médicaments appropriés à l'état du patient. Au bout d'un certain temps, le mal fait des progrès, il devient organique, le patient passe petit à petit à l'état d'imbécillité, et il reste dans la maison comme un fonds inamovible jusqu'à la fin de ses jours. Sans doute que, malgré le traitement le plus énergique, le mieux dirigé, l'affection peut se terminer de la sorte ; mais, au point de vue général, la loi qui doit prévenir les actes arbitraires, qui doit garantir les intérêts, l'honneur et la vie des citoyens, la loi, disons-nous, aura à examiner s'il ne serait pas urgent, pour la sûreté publique, 1° de défendre aux médecins attachés aux maisons d'aliénés d'avoir un intérêt quelconque dans ces sortes d'entreprises, ainsi qu'elle l'a fait à l'égard des médecins inspecteurs des eaux minérales ; 2° d'exiger que les maisons *particulières* d'aliénés offrent les mêmes garanties dans le service médical que les maisons *officielles* de même espèce, telles que Charenton, Bicêtre, etc., c'est-à-dire que les médecins des maisons particulières soient nommés officiellement, comme les médecins-inspecteurs des établissements d'eaux minérales, avec des appointements fixes, à la charge de l'entrepreneur. On comprend que, n'ayant d'autre mission que celle de son art, le médecin des maisons en question remplira son devoir comme les médecins des hôpitaux, et il n'aurait pas à rendre ses prescriptions tributaires des intérêts matériels de l'établissement. On aurait peut-être alors à déplorer beaucoup moins d'erreurs fâcheuses que de nos jours. Par le temps qui court en effet tout médecin ignorant, incapable, sans études, et peut-être aussi sans moralité suffisante, peut ouvrir maison de santé, faire de ses titres une enseigne de spéculation mercantile et rendre impunément incurables de malheureux aliénés qu'un service plus consciencieux et surtout plus éclairé aurait pu rendre à la santé. Nous avons connu autrefois des cas de ce genre entre les mains de docteurs à demi-idiots eux-mêmes, et qui avaient conservé assez de facultés instinctives pour s'adonner avec fruit à de pareilles spéculations. A force d'annonces, de réclames, d'articles plus ou moins complaisants qu'on lançait dans des journaux salariés et sous la sauve-garde de telle ou telle société soi-disant savante, on parvenaient à en imposer au public et même aux médecins qui ignoraient ces manœuvres de charlatanisme. Il y avait là, comme on le voit, une plaie sociale plus terrible encore que la folie elle-même ; car celle-ci guérit quelquefois, tandis que celle-là rend incurables les cas qui ne le seraient pas d'eux-mêmes.

Notre honorable confrère, M. le docteur Chrestien nous adresse une troisième lettre sur le chlorure d'or. Nous répondrons dans le prochain numéro,

BIBLIOGRAPHIE.

— Traité des maladies du sein ; par M. J. Carpentier-Méricourt, D.-M. Un vol. in-8° de 312 pages. Paris, 1845 ; chez J. Baillère, lib.

Malgré sa structure simple et la fonction temporaire à laquelle elle est destinée, la mamelle est sujette à un très grand nombre de maladies, dont plusieurs très graves. Aussi cet organe, chez la femme, est-il devenu le point de mire de plusieurs observateurs et a-t-il fourni matière à des articles, à des mémoires, à des monographies d'un grand intérêt. Depuis le traité d'Astley Cooper cependant sur les maladies du sein, ce sujet avait semblé presque épuisé, et l'on n'avait vu paraître sur la matière que quelques articles isolés, bornés principalement au point de vue thérapeutique. Voici cependant M. Carpentier-Méricourt reprendre tout le sujet en sous-œuvre, le remanier avec courage et produire une nouvelle monographie ausssi complète que possible. L'auteur cependant paraît s'être plutôt proposé de traiter cette matière didactiquement, d'après les faits épars que la science possédait déjà, que de l'enrichir par des faits nouveaux de toute autre portée ; aussi a-t-il profité de tous les travaux récents et anciens et indiqué les sources auxquelles il a puisé ses documents. C'est déjà faire pressentir qu'il ne s'agit dans cet ouvrage que d'un travail de compilation, ce qui ne veut pas dire que son importance ne soit que médiocre pour les hommes instruits, encore moins pour les élèves qui doivent surtout rechercher ces sortes de travaux, ainsi que les praticiens très occupés qui, manquant du temps nécessaire pour se livrer à des recherches, sont bien aises de trouver ces sortes de compendium qui les mettent à peu de frais au niveau de la science. — Le livre que nous faisons connaître se compose d'une vingtaine de chapitres groupés en plusieurs sections. L'auteur aborde les maladies médicales et chirurgicales de la mamelle, tantôt en suivant l'ordre indiqué par les éléments anatomiques de cet organe, tantôt d'après l'analogie ou la similitude pathologique de ces affections. Un premier chapitre, il le consacre aux anomalies et vices de conformation, soit du mamelon, soit de la mamelle elle-même. Ce chapitre renferme des faits curieux, mais à peine indiqués en quelques phrases. Viennent les maladies de la peau et du tissu cellulaire du sein ; ce chapitre se prêtait à de grands développements, mais l'auteur a cru devoir renvoyer les abcès à un autre endroit de son livre et ne traiter les autres sujets que succintement ; il traite également à part de l'hypertrophie ; sujet important que M. Carpentier-Méricourt paraît avoir soigné particulièrement ; il est probable cependant que l'auteur l'aurait agrandi davantage s'il eût adopté les recherches de Lobstein sur cette matière. Les phlogoses du sein occupent une bonne part de cette monographie ; l'auteur a réuni avec méthode et clarté ce qu'on connaissait de mieux sur ce point de pratique. Se présentent maintenant les lésions traumatiques et les fistules, puis les tumeurs diverses, etc. L'ouvrage se termine par quelques remarques intéressantes sur les maladies du sein chez l'homme et les enfants. Cette espèce de sommaire donne déjà une idée générale du contenu et de l'importance du livre de M. Carpentier-Méricourt.

— Considérations médico-légales sur les blessures ; par M. le docteur Leroux (de Rennes). Broch. in-8°.

— Considérations sur une question médico-légale ; par M. le docteur Biechy. Broch. in-4°.

PARIS. — IMPRIMERIE DE LACOUR ET COMP.,
Rue Saint-Hyacinthe-Saint-Michel 33.

Deuxième Année. Ce Journal paraît le 1er de chaque mois. N° 12. — Mars 1845.

ANNALES DE THÉRAPEUTIQUE

MÉDICALE ET CHIRURGICALE

ET

DE TOXICOLOGIE.

Cette publication a pour but d'approfondir l'étude des Médicaments, des Poisons, des Eaux minérales, et de faire connaître avec exactitude la Pratique des Hôpitaux de Paris.

REVUE MENSUELLE DES HÔPITAUX.

PUBLIÉES PAR

M. le Docteur ROGNETTA,

Ancien Rédacteur de la *Gazette Médicale* et de la *Gazette des Hôpitaux*.

L'abonnement est de
Pour Paris. . . 10 fr.
Pour la Province 12
Pour l'Étranger. 14

On s'abonne à Paris,
Chez
LE RÉD. EN CHEF,
Rue des Petits-Augustins, 15 bis.

« Pour moi, je crois qu'un seul homme peut embrasser toutes les parties de l'art; et, puisqu'on les a divisées, je » fais surtout cas de celui qui réunit le plus de connaissances qui le concernent. »

(Celse, liv. 7. c. 1.)

ÉTUDES SUR LES EAUX MINÉRALES.

« Les eaux minérales sont une richesse dont on doit compte à l'humanité.
» Alibert. »

—

Des eaux réputées salines,

En particulier des eaux de mer! (3e art.)

Il y a une grande différence entre le mode d'administration des eaux de mer dans le nord et dans le midi de l'Europe. Ce sujet est capital au point de vue des résultats pratiques. Dans le midi, principalement dans les contrées les plus éclairées de l'Italie, l'eau de mer n'est envisagée qu'au point de vue dynamique; tous ses effets dépendent de l'absorption du liquide, et aussi en partie de la soustraction d'une certaine dose de calorique; aussi ne l'administre-t-on que d'après les procédés les plus propres à en assurer l'absorption : à savoir, par immersion prolongée, avec ou sans natation, par fomentations incessantes; et, intérieurement, en boisson et en lavements contentifs. Dans le nord, au contraire, particulièrement en France, où la thérapeutique est basée en grande partie sur le double système des révulsions et des sympathies, système mobile à loisir, sorte de locomotive invisible et commode, à l'aide de laquelle on entraîne tout ce qu'on veut d'une région dans un autre, l'eau de mer n'est prescrite qu'extérieurement seulement, et dans le seul but de produire des actions instantanées ou des effets mécaniques; de là des pratiques diverses, des théories plus ou moins singulières que nous devons examiner. Toutes ces pratiques, toutes ces théories, posent en fait, *à priori*, que l'action de l'eau de mer est tonique, excitante; cette croyance est tellement enracinée, qu'on taxerait d'ignorance, au moins, quiconque s'aviserait de soutenir le contraire. Ainsi, révulsion et tonicité, tels sont les deux ressorts de l'administration des eaux de mer.

Le bain d'eau de mer est formulé en France dans les termes suivants; laissons parler M. Gaudet. — « Le mode d'administrer le bain le plus souvent employé, sans contredit l'un des meilleurs, qui n'est guère applicable que si la mer est calme ou ses vagues peu fortes, est celui-ci : Le guide prend le baigneur sur les bras, le porte dans la mer jusqu'à une certaine distance, et, lui plongeant la tête la première, le fait passer tout entier sous l'eau, ou, en d'autres termes, lui fait parcourir un certain espace entre deux eaux. Cette manœuvre, qu'on appelle *immersion*, est répétée un plus ou moins grand nombre de fois, selon l'indication. L'immersion effraie beaucoup de personnes et fait éprouver à quelques-unes, surtout à celles qui sont sujettes à des étouffements, à de l'oppression, un trouble dont elles se remettent avec peine. Dans ce cas, l'immersion doit être remplacée par l'une des autres méthodes. — Une seconde manière qui se rattache à la précédente, qui exige aussi, dans son emploi, de certaines conditions de la mer, mais qui n'a pas comme elle l'avantage de causer à celui qui la subit un certain degré de crainte et de saisissement, consiste, après avoir déposé le baigneur dans l'eau, à le renverser sur le dos, et pendant qu'il reste allongé, faisant la planche, à appuyer sur ses épaules pour immerger son corps tout entier et à répéter cette immersion autant que le besoin l'exige. — Dans les troisième et quatrième modes de se baigner, lesquels se pratiquent trop souvent, et qu'il faut regarder comme vicieux dans plusieurs cas, le guide conduit et fait entrer lentement et progressivement le baigneur dans la mer, jusqu'à ce que l'eau soit parvenue à une certaine hauteur de son corps, ou bien, ce qui vaut mieux, il le porte jusqu'à une certaine distance et le dépose dans l'eau, en l'immergeant ainsi

tout entier, moins la tête. Là, il demeure immobile pendant la durée du bain, ou, de temps en temps, il se bouche les oreilles, se baisse et plonge la tête jusqu'à son entière immersion, ou bien seulement il se contente d'asperger d'eau les parties qui sont restées à découvert. Nous avons vu les rhumatismes musculaires, les nevralgies faciales, etc., s'exaspérer par ce procédé et guérir par l'immersion totale et subite du corps. Si l'on doit consentir à sanctionner ce mode de prendre le bain, c'est tout au plus chez les femmes timorées ou des sujets oppressés que l'immersion totale ou instantanée du corps trouble au plus haut degré.

» Si la mer est très agitée et si les vagues sont hautes et fortes, toutes ces méthodes d'immersion se résolvent en une seule. Le baigneur, maintenu par son guide, présente à la vague qui arrive sur lui la partie latérale, ou mieux encore la partie postérieure du tronc, en est submergé un instant, jusqu'à ce qu'une nouvelle vague vienne de nouveau passer au dessus de sa tête. C'est là le véritable *bain à la lame*, lequel réunit tous les avantages qu'on peut demander au bain de mer. Quand le nombre des immersions a été suffisant, le baigneur en évite de nouvelles, en s'élevant par un saut rapide au dessus de chacune des vagues qui se succèdent vers lui. — Si le bain de mer est administré avec ces dernières conditions aux enfants gibbeux par carie des vertèbres, les chocs trop rudes de la lame développent dans les parties déformées des douleurs souvent très vives. On leur épargne cet accident, en les faisant porter par le guide, qui les présente à la vague par les pieds et non par la partie postérieure du tronc. On doit, pour la même raison, recommander aux femmes qui ont un déplacement ou un engorgement utérin, ou une métrorrhagie, actuellement accompagnée de phénomènes d'irritation locale, de soustraire l'abdomen à l'action mécanique de la vague. Certains individus, nevropathiques de la tête, se trouvent étourdis pour plusieurs heures, s'ils n'ont pas soin de la préserver de cette action. Il est même certains cas, où de tels bains ne doivent pas être administrés chez les jeunes personnes épuisées par une menstruation trop abondante, par exemple.—On peut faire encore quelquefois une application rationnelle de l'eau de mer, considérée comme une masse liquide en mouvement, en exposant sur la plage de jeunes sujets affectés de carie scrofuleuse du pied, de manière que celui-ci reste soumis un certain temps au choc de la vague qui vient battre la grève.

» Tout ce qui vient d'être dit sur les différentes manières d'administrer les bains de mer, s'applique principalement aux enfants et aux femmes, qui à la fois faibles, craintifs et privés des ressources de la natation, et aux hommes qui, débiles et souffrants, ou ne sachant pas non plus nager, ont besoin de pratiquer la mer à l'aide d'un guide. Quant à ceux qui sont doués d'assez de force et sont capables de se livrer à la natation, ils remplissent le temps du bain par tous les mouvements propres à cet exercice pris à la mer, à moins que certaines indications particulières ne les astreignent à prendre le bain à la lame, tel qu'il a été décrit. — Nous avons l'habitude de conseiller la natation aux femmes, aux jeunes personnes surtout. Malheureusement cet exercice, pour lequel elles se passionnent vite, devient une cause d'accidents journaliers, parce qu'il les entraîne à séjourner outre mesure dans la mer. Nous ne défendons absolument la nage qu'aux scrofuleux qui ont les articulations profondément altérées, aux rachitiques gibbeux, aux chlorotiques et aux femmes affectées d'une grave lésion dans la position de l'utérus. » (Recherches sur l'usage et les effets hygiéniques et thérapeutiques des bains de mer, 3e édit. 1844.)

On voit par cet exposé que toute la pratique des bains de mer se réduit à plonger instantanément le corps dans l'eau, comme par surprise, ou bien à le faire frapper par les vagues comme pour ébranler ses molécules organiques et obtenir par le choc un effet de gymnastique. Les principes de cette pratique sont évidents ; on compte sur l'effet nerveux, sur la prétendue révulsion et sur l'action soi-disant résolutive du choc de la vague. Théoriquement, rien n'est plus absurde qu'une pareille prescription, car, si tel était le principe d'action des eaux de mer, les eaux de rivières données de la même manière, et les bains d'eau douce à domicile, devraient produire le même effet. Or il n'en est rien ; c'est qu'il est inexact de dire que le travail pathologique des organes intérieurs soit susceptible de déplacement sous l'influence de telle ou telle action sur le derme, par la raison que les maladies ne sont pas des êtres isolés, mobiles, ainsi que l'enseignait la vieille médecine humorale, créatrice du système des révulsions; elles ne sont pas non plus des courants électriques, ainsi que l'enseignait un autre système et auquel se rattache pourtant aujourd'hui le prétendu trouble nerveux, comme remède, sous l'influence de l'action de l'eau. Il y a donc là une toute autre action évidemment, et cette autre action est dans l'absorption des principes minéralisateurs de la masse marine.

Il est impossible de sortir aujourd'hui de ce principe fondamental qui domine la thérapeutique entière. Sans absorption, pas d'effet réel, si ce n'est celui qui résulte de la soustraction du calorique et dont nous tenons également compte; et il sera facile d'ailleurs de prouver, l'expérience à la main, que l'effet de l'eau de mer, comme celui des autres eaux minérales, est en raison de la quantité du liquide absorbée. Il suffit de citer à l'appui de cette manière de voir les bons effets des bains d'eau de mer à domicile, froids ou chauds. Il est vrai que, dans ce cas, les effets sont moins prononcés que lorsqu'on prend les bains en pleine mer; nous verrons à quoi tient la différence; mais cela prouve l'inanité de la théorie que nous combattons, car il n'y a pas là le choc de la vague auquel on attribue de si grands effets, ni l'impression du froid, puisque l'eau est chauffée; et si elle ne l'est pas, elle se trouve alors dans les conditions d'un bain

froid d'eau commune pris à domicile, et pourtant les effets en sont bien différents. Comment voulez-vous que le corps de l'homme qui est plongé dans une masse aussi minéralisée, iodurée et bromurée que l'eau de mer, n'éprouve d'autre effet que celui du saisissement nerveux, de la soustraction instantanée du calorique et du choc de la vague ! Tant vaudrait, en vérité, ne pas l'envoyer à la mer, l'immerger dans le premier ruisseau venu et l'y frustiger quelques instants pour en obtenir les mêmes résultats!! Mais, non, l'action de l'eau de mer est bien autrement salutaire, profonde et durable que ne la rend la théorie en question.

Quand vous exposez le pied arthropathique d'un scrofuleux à l'action répétée de la vague sur la grève, croyez-vous qu'il ne se passe là d'autre effet que celui du choc mécanique de l'onde et de la basse température? Détrompez-vous ; un tel effet serait bien peu de chose, eu égard à l'intensité et à la ténacité de la maladie, sans une autre action bien autrement puissante, action toute dynamique ou vitale, qui pénètre dans les tissus profonds, grâce à l'absorption. C'est précisément à cette action, essentiellement hyposthénisante, ainsi que nous le démontrerons, qu'est due la diminution progressive de la phlogose chronique et, par suite, la guérison de la maladie.

Il suit de ce premier examen 1° : que le mode d'administration des bains de mer dans le nord de l'Europe et en France, est basé sur des principes inexacts, puisque cette administration ne prend de mire que l'action instantanée du froid, du trouble nerveux, et l'effet peu important du choc de la vague, sans tenir aucun compte de l'absorption, sans viser à faciliter cette absorption qui en constitue l'élément essentiel au point de vue thérapeutique; 2° que les bains prolongés, avec ou sans natation, sont les seuls efficaces, l'absorption des principes minéralisateurs ne pouvant s'effectuer abondamment que dans de pareilles conditions. Nous ne faisons, en conséquence, aucun cas des pratiques diverses ci-dessus indiquées, des bains par surprise, des bains par immersion, par glissement, par renversement, à la lame, etc., tout cela ne changeant rien au principe unique d'action thérapeutique, l'absorption ; 3° que l'action mécanique de la vague est très secondaire et n'offre pas en réalité l'importance thérapeutique qu'on y attache communément ; 4° enfin que toute l'attention du médecin doit porter sur l'effet dynamique du bain ; cet effet doit se mesurer sur l'état des fonctions organiques que nous étudierons plus loin.

Arrêtons nous maintenant un instant à l'effet mécanique du choc de la vague, puisque, aux yeux de quelques hydrologues, c'est là une affaire capitale. On vient de voir qu'il y a deux manières d'affronter la vague : ou bien de se laisser frapper par elle, ou bien de s'élever par un grand saut au dessus de son tranchant. Dans le premier cas, on éprouve l'effet de la douche ou de l'irrigation à torrent ; dans le second, celui de la gymnastique aquatique. Le second mécanisme n'est autre, en définitive, que celui de la natation ; or, la natation, comme gymnastique, n'a d'autre effet que celui d'accélérer le pouls et d'augmenter par là la tolérance pour le séjour prolongé dans l'eau (Guastalla). C'est précisément dans cette tolérance qu'est le bien, car cela permet une plus grande absorption que lorsqu'on reste immobile. Sans cette circonstance, l'exercice gymnastique dans l'eau serait peut-être nuisible, car il ne s'accompagne pas de transpiration comme la gymnastique en plein air, et l'accélération de la circulation ne pourrait que nuire dans les maladies hypersthéniques, d'excitation, ou inflammatoires. Ces considérations s'appliquent également au premier mode du bain à la lame. La percussion par l'eau ne pourrait être que nuisible dans beaucoup de cas si l'organisme n'absorbait en même temps une quantité plus ou moins considérable de principes minéralisateurs ; or, le choc reçu d'une masse énorme d'eau n'est-il pas une condition de quelques efforts de la part du baigneur, et, par conséquent, d'une accélération de la circulation comme dans l'autre cas? Ce n'est donc pas dans l'ébranlement mécanique qu'est le bien en définitive, mais bien dans les conditions d'absorption que nous venons d'expliquer. En résumé, au point de vue dynamique, un bain à la lame, avec ou sans percussion, ne diffère pas essentiellement d'un bain avec natation, et la natation n'est salutaire que comme une condition de tolérance pour un séjour plus ou moins prolongé dans l'eau, et par conséquent d'une plus grande absorption.

Dans le midi, où, ainsi que l'a dit le poète : *placidum ventis staret mare*, on ne trouve pas fréquemment dans l'été l'occasion de prescrire les bains à la lame, et cela n'est pas nécessaire heureusement, car la natation ordinaire y supplée avantageusement ; mais il est une circonstance importante à noter, c'est que les vagues ne sont prononcées qu'autant que le vent souffle avec force. Or, la température est alors plus ou moins basse, et le bain moins toléré, c'est-à-dire, le séjour dans l'eau ne peut être très prolongé. En conséquence, le bain à la lame, qui est la condition la plus ordinaire dans les mers du nord, n'est qu'un fait exceptionel dans la Méditerranée. Cela explique peut-être la nécessité où l'on se trouve dans le nord d'adopter le système des bains de très courte durée, ainsi que nous venons de l'expliquer. Tout cela, au reste, est si diversement entendu dans les divers établissements, que nous ne nous sommes pas étonné d'entendre dernièrement un médecin hydrologue des plus instruits nous dire : que, selon lui, tous les bienfaits des bains océaniques dépendaient de l'espèce de lutte ou de gymnastique que le baigneur était obligé de soutenir contre les vagues qui l'abordent ! Singulière doctrine qui fait de l'organisme vivant une sorte de mannequin chinois, et qui assimile l'action des bains de mer à celle d'un fouet multiple!!

Terminons ces premières observations générales par un fait curieux, concernant l'action de l'huile sur le mouvement des vagues. On a remarqué, et M. Arago

a répété dernièrement à l'Académie des sciences, mais comme un fait à vérifier, qu'en cas de tempête, on a jeté une certaine quantité d'huile à la mer, et les vagues se sont apaisées sur-le-champ. La chose n'est que très vulgaire dans le midi de l'Italie : on voit tous les jours, en été, les pêcheurs à la lance qui parcourent les côtes de la Sicile, de la Calabre et d'autres localités, jeter de temps en temps de l'huile à la mer avec une sorte d'aspersoir, quand ils veulent éclairer le fond; à l'instant les petites vagues s'apaisent et l'eau devient très limpide par un mécanisme facile à comprendre. Les vagues en effet résultent, comme on sait, de l'action du vent qui soulève la surface de l'eau ; or, la présence de l'huile fait glisser le vent comme sur une glace, et la surface de l'eau reste immobile pendant quelques moments. L'on trouve les lignes suivantes dans un ouvrage récent. « Donati, dans ses études sur les productions sous-marines, pour prolonger le plaisir d'un aussi intéressant phénomène (coloration du fond de la mer), chercha à empêcher cette légère crispation que produit le plus léger souffle de vent à la surface de l'eau. Il a, pour cela, jeté de l'huile à cette surface. Cette huile y forme une couche très mince qui s'attache à la paroi de la barque où se trouve l'observateur, s'étend amplement à la surface de la mer et empêche l'eau de se crisper. Cela tient à ce que le vent, qui est la cause de cette crispation, glisse aisément et s'enfuit pour ainsi dire sur la surface huileuse sans lui communiquer de mouvement.» (Catullo, Trat. di Geogn., p.257.Padoue,1844). Ce fait est si constant, que, quand les baigneurs laissent tomber quelque objet métallique à la mer,comme une montre, des pièces de monnaie, des bijoux, etc., les praticiens de la plage, qui veulent les découvrir et les pêcher, jettent de l'huile à la surface de l'eau. Il est probable aussi que le fond ne devient alors visible que par la réfraction lenticulaire que les gouttes d'huiles déterminent à la surface du liquide.—D'autres questions se rattachent à l'étude médicale des eaux marines.

DOCUMENTS HYDROLOGIQUES.

Eau aérée.—Nous avons plusieurs fois mentionné cette condition importante de l'eau en mouvement à l'air libre, comme celle des rivières par exemple, savoir de la quantité considérable d'air qu'elle contient incorporé dans sa substance et qui constitue une condition de salubrité pour les animaux qui la boivent et pour les poissons qui l'habitent. Nous y revenons aujourd'hui, à l'occasion d'une communication que M. Dumas vient de faire à l'Académie des sciences, au nom de M. Moreau, de Rennes. On savait déjà, par les observations de MM. de Humboldt et Gay-Lussac, que cet air de l'eau contenait une plus forte proportion d'oxygène que l'air atmosphérique, ce qui veut dire que l'eau a plus d'affinité pour l'oxygène que pour l'azote. M. Moreau a, dans une suite d'expériences, déterminé la proportion d'oxygène libre dans l'eau de différentes rivières;il en a trouvé,terme moyen,32 à 33 p.100.Au maximum,cette proportion s'est élevée à 60 p. 100; au minimum, 17 ou 18 p. 100. A cette dose d'oxygène, les poissons sont déjà fort incommodés, ils sont obligés de venir à la surface, sortir leur tête au dehors et respirer l'air atmosphérique, et bientôt ils meurent asphyxiés pour peu que cet état se prolonge. Il a observé que les poissons voraces, comme la perche, étaient les premiers à succomber. M. Moreau a cherché les causes de cette diminution d'oxygène, et il en a trouvé deux principalement, savoir : un abaissement subit de température qui fait périr subitement un grand nombre d'animalcules microscopiques qui se trouvent dans l'eau et dont la putréfaction absorbe une grande partie de l'oxygène du liquide, et la présence d'un grand nombre de végétaux dans l'eau, lesquels absorbent pareillement l'oxygène.

Eaux de Cauteret. Syphilis. — « Il n'existait pas de faits bien concluents qui prouvassent l'utilité de nos eaux contre la syphilis à l'époque où Bordeu cherchait à fixer les praticiens sur leurs vertus; et quoique ce médecin célèbre cite quelques exemples de guérisons obtenues à Barèges, il y croit si peu que quand il s'occupe de leur application au traitement des blessures, il a soin d'exiger, comme première condition, que Mars seul en soit la cause. Peut-on assimiler leur action à celle du traitement antiphlogistique et rester persuadé que, propres à maîtriser certains de leurs symptômes, nos eaux ne sauraient, ainsi que le dit Anglade, combattre l'affection en qui réside le pouvoir de les reproduire? Mais, indépendamment de ce qu'elles rendent leur guérison plus facile en les dégageant de fâcheuses complications ou leur diagnostic plus assuré en rendant leur nature évidente, la quantité d'urines fétides qu'elles procurent quelquefois et le mieux-être qui suit souvent des sueurs copieuses et infectes ne porteraient-elles pas à penser qu'elles évacuent une matière étrangère à toute sécrétion? Dans quelques circonstances cependant, nos fontaines semblent n'agir qu'en améliorant les fonctions nutritives, et prévenant ainsi les mauvais effets du traitement mercuriel sur des tempéraments irritables qui contrarient l'emploi de ces moyens, ou exigent forcément qu'on les modifie d'une manière convenable. » (Camus, Nouv. réfl. sur les eaux de Cauteret, 1844, p. 172.)

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Considérations cliniques sur l'aortite aigue, *lues devant la Société de médecine de Guy's hospital; par par M. le docteur Norman Chevers* (1).

Avant d'entrer directement dans le sujet spécial de ce mémoire, quelques observations générales sur l'inflammation des artères sont indispensables. Les tuniques artérielles, à l'instar de tous les tissus doués d'une haute organisation, sont sujettes aux inflammations aiguës, sub-aiguës et même chroniques, sous l'influence de certaines causes. Il est probable cependant que le travail inflammatoire chronique ne se manifeste que

(1) Ce travail que nous extrayons de *Guy's hospital reports*, offre une certaine ressemblance avec le magnifique mémoire du professeur Tommasini, sur l'*artérite lente*, que nous avons donné dans ce journal. Il conduit à des applications du plus grand intérêt, bien qu'au prime-abord il semble ne se rattacher qu'à un sujet purement pathologique.

(*Note du Rédacteur.*)

très rarement dans ces tissus avec les mêmes conditions que dans les autres organes, si toutefois il se manifeste jamais. La membrane interne qui tapisse le cœur gauche et la face interne de toutes les artères offre tous les caractères des séreusés viscérales, et comme telle, elle est sujette aux inflammations aiguës sous l'influence de toutes les causes capables de produire cette maladie. Lorsqu'on injecte dans les artères des animaux certaines substances âcres, on développe une inflammation active dans les tuniques internes des branches soumises à cette action, laquelle s'étend de proche en proche jusque dans le cœur. Jugeant par analogie de ce fait, à plusieurs circonstances morbides analogues, comme dans le purpura, dans le scorbut, par exemple, où le sang artériel se décompose en quelque sorte par des causes diverses, et dans d'autres où il contient une quantité disproportionnée de carbone, d'azote ou d'autres principes nuisibles, il est facile de comprendre qu'il peut produire par ses qualités irritantes sur la membrane délicate des tubes artériels, des effets désorganiteurs plus ou moins prononcés. Ce fait s'est trouvé dernièrement vérifié à l'autopsie d'un homme qui avait succombé aux effets d'une obstruction prolongée des bronches. Un grand nombre des plus petites branches de l'artère pulmonaire s'est trouvé rompu, et du sang s'était extravasé dans le parenchyme pulmonaire. En examinant ces petits vaisseaux à l'endroit des caillots, on a trouvé leur membrane interne ramollie et offrant des marques évidentes d'inflammation; d'autres portions de l'artère pulmonaire étaient dans le même état. La déclaration du ramollissement ne serait-elle pas due en grande partie à l'action irritante du sang trop carbonisé? Je pourrais rapporter un autre cas pareil. En réfléchissant au rôle que jouent les artères dans les maladies qui s'accompagnent d'une action désordonnée des vaisseaux, on répugnerait à admettre que des parties qui prennent une part si importante dans toute espèce d'inflammation pussent résister longtemps à l'irritation constante qui les environne, si l'on ne savait d'autre part que la parfaite organisation de leurs tissus et les nombreux ganglions qui les entourent protègent leur substance de l'invasion de plusieurs maladies qui envahissent des parties voisines moins vitalisées qu'elles. Nous devons faire remarquer cependant que quand l'inflammation se développe dans le système artériel avec des symptômes de dépression générale de toutes les fonctions de la vie organique, elle dépend, dans la majorité des cas, de causes dites de proximité, c'est-à-dire dont la source est dans quelques parties voisines du système vasculaire. Entrons en matière.

L'inflammation aiguë de l'aorte thoracique se présente toujours comme un effet direct ou une complication d'un autre travail morbide de l'économie : ainsi, par exemple, l'inflammation aiguë se déclare quelquefois dans l'endocarde, et se propage ensuite dans la membrane de l'aorte. On voit aussi, dans des cas de péricardite, la grande artère participer à la maladie; mais cet état n'a été mentionné généralement qu'à l'occasion d'inflammations très étendues d'autres séreuses thoraciques. Dans des cas de pleurésie et de pneumonie intenses, chez des sujets faibles, cachectiques, non seulement la maladie envahit rapidement toute l'étendue de l'organe qu'elle frappe, mais encore le cœur et l'aorte thoracique sont compris par elle. Hodgson rapporte des cas dans lesquels l'inflammation pulmonaire était accompagnée d'aortite grave et de nature mortelle. Les écrits de Bertin et de Bouillaud présentent des cas semblables. Cependant il est probable que l'endocardite et la lésion aortique sont, dans ces cas, de simples coïncidences indépendantes des autres inflammations thoraciques. L'aorte paraît aussi avoir de la tendance à se saisir de maladie aiguë dans quelques cas graves de phthisie, lesquels s'accompagnent de prostration extrême et d'absence de pouvoir réparateur, avec une grande susceptibilité de l'économie pour des inflammations du genre de celles qu'on a appelées asthéniques.

Premier fait. — J'ai examiné l'aorte d'un homme qui avait été reçu à Guy's hospital pour de larges ulcères à l'aisselle et à la partie supérieure du bras. Il avait souffert de la syphilis et de l'abus du mercure, tandis qu'il était, par son travail, constamment exposé au froid et à l'humidité. Un pansement au précipité rouge a occasionné un ulcère phlegmoneux intense, lequel s'est étendu au cou et au dos; le mal a été attaqué par des moyens énergiques et prompts, mais cela n'a pas empêché un large abcès de se former au pli du bras, ce qui a donné issue à une énorme suppuration; le malade s'est affaibli, et il est mort deux mois après d'affection tuberculeuse des poumons. L'aorte de cet homme présentait des restes magnifiques d'une inflammation aiguë récente.

Dans la première période de l'aortite, peu d'éléments sont le siége de la sécrétion du travail inflammatoire; mais à mesure que le mal augmente, les tissus les plus flexibles du vaisseau sont envahis par des matières épanchées. Ainsi, dans les cas d'hypertrophie du ventricule gauche, où l'aorte a souffert par la distension irrégulière et par l'irritation qui s'ensuit, le tissu cellulaire externe de la gaîne s'œdématie souvent par du sérum qui s'y infiltre, ce qui lui donne une apparence spongieuse et le rend difficile à séparer des tissus adjacents. J'ai fréquemment rencontré un autre changement intéressant dans cette tunique; ce changement paraît pourtant moins strictement lié, dans tous les cas, avec un travail inflammatoire. Il consiste dans la présence de nombreuses taches saillantes, sortes d'ecchymoses rouges ou pourpres, de une à quatre lignes de diamètre. Ces taches occupent précisément les cellules en contact immédiat avec la portion dense de la tunique externe, et y adhèrent, même après que le tissu filamenteux flasque de la gaîne a été déchiré. On peut présumer que ces taches résultent d'un épanchement de quelques uns des nombreux petits vaisseaux qu'on rencontre à la circonférence. Un examen attentif fait voir que, généralement, ces dépôts sont de date récente, ce qui fait présumer qu'ils ont dû se faire immédiatement après la mort, ou dans les der-

niers moments de la vie. Cette lésion et l'œdème se rencontrent conjointement avec un état de turgescence des vaisseaux capillaires propres aux parois du vaisseau; et cela a lieu dans des cas où la mort a été précédée d'une grande agitation prolongée, comme dans l'hydrophobie, par exemple, ou par une action suffoquante, comme dans les cas d'anévrisme, ou d'autres tumeurs qui compriment le canal de l'air. On les rencontre souvent pareillement dans des cas d'inflammations thoraciques étendues, particulièrement dans les pleurites de forme asthénique. Les lésions en question ne se rencontrent pas dans la gaîne de l'aorte sous-diaphragmatique, ni sur les tubes artériels de second ordre.

Je ne sache pas que la tunique contractile de l'aorte présente des traces manifestes de lésion dans la première période des inflammations actives, excepté le ramollissement, condition qui diminue nécessairement la tonicité du vaisseau et le rend susceptible de se rompre transversalement à sa partie supérieure. Cet accident doit être attribué plus souvent à l'inflammation aiguë qu'à l'inflammation chronique. La membrane interne de l'aorte et les tissus subsidiaires qui l'entourent sont susceptibles de présenter, par suite d'une inflammation aiguë, l'une des deux altérations suivantes, formant chacune une maladie très caractéristique de l'état constitutionnel qui l'engendre.

Premier type. La première résulte d'une altération propre à l'inflammation adhésive très intense; elle s'accompagne d'une grande quantité de matière plastique, déposée sous forme d'une couche de lymphe coagulable d'épaisseur variable, laquelle reste attachée dans une étendue plus ou moins considérable de la membrane interne. On voit au Muséum de l'hôpital Saint-Thomas une aorte affectée de la sorte, et dans laquelle les valvules sygmoïdes sont restées adhérentes aux sinus de Morgagni; les parties offrent des traces évidentes d'inflammation aiguë. Un pareil état se rencontre souvent dans l'endocarde. Le docteur Blackiston rapporte deux cas dans lesquels les valvules tricuspides adhéraient aux parois du ventricule droit. Nous ne pouvons cependant que rarement saisir ce genre d'épanchement dans sa forme originaire de simple couche de lymphe fibrineuse, si ce n'est dans les cas où le mal est rapidement mortel, ou quand le patient expire subitement pour d'autres causes, par la raison que le sang dépose continuellement des masses de fibrine dans les tissus enflammés, ce qui change la forme primitive. Cela cependant se voit plus facilement chez les chevaux harassés de fatigue et qui meurent d'inflammation aiguë de la poitrine. Dans un cas cependant que j'ai publié avec de grands détails dans le tome cinquième du Guy's hosp. rep., et qui était mort d'une rupture transverse de l'aorte intra-péricardienne, j'ai trouvé une étendue considérable de la membrane interne de l'aorte abdominale couverte d'une couche mince d'albumine blanche, pulpeuse. Un état pareil dans les petits vaisseaux paraît être la cause la plus fréquente de la gangrène sèche des membres chez les personnes âgées. Nous possédons aujourd'hui assez de faits pour établir que, dans cette maladie, avant que les artères du membre affecté ne soient bouchées par des caillots, leur membrane interne, déjà rendue rugueuse par d'éminences morbides, se couvre de matière plastique, par l'action d'une inflammation aiguë. Cette couche sert de point d'appui pour la formation consécutive des caillots, lesquels bouchent les tubes artériels jusqu'à la séparation de la partie sphacelée. Le mécanisme cependant, à l'aide duquel l'inflammation dépose son produit sur la membrane malade, n'est pas précisément le même dans les petites artères que dans les grosses; car, tandis qu'un côté seulement du calibre de l'aorte présente ordinairement une couche de lymphe coagulable, dans les petits tubes la matière plastique est épanchée dans une plus grande étendue et envahit tout l'intérieur des tubes, ce qui rend impuissants les efforts de la nature pour enlever le bouchon, et cela prévient les hémorrhagies. Cette lymphe est donc à la fois le résultat d'un travail morbide et d'un travail réparateur, et il ressemble exactement à celui qui a lieu dans les artères qu'on lie. Nous rencontrons souvent de grosses masses de matière fibreuse pâle, très adhérente à telle ou telle portion des parois de l'aorte, surtout vers les valvules sygmoïdes, ou dans la portion abdominale de cette artère, à un ou deux pouces au dessus de sa bifurcation, obstruant partiellement ce canal et quelquefois aussi l'obstruant complétement sur ce dernier point. Les marques évidentes d'inflammation qu'on rencontre, dans ces cas, dans d'autres points du vaisseau, ont fait supposer que ces masses étaient produites par la membrane interne elle-même enflammée. Il faut faire remarquer cependant que, bien que leurs bases ou nucléons peuvent avoir été produits par le travail inflammatoire en question, le reste de la masse n'est probablement composé que de fibrine pâle, semblable à celle qu'on rencontre dans les cavités du cœur après la mort, ou de simples coagulums sanguins qui, s'étant amassés lentement à la surface, devenue irrégulière par la présence d'une petite fausse membrane, ou par un état villeux de la membrane, ont, petit à petit, acquis un gros volume, et quelquefois aussi une apparence de demi-organisation. Bien que ces productions doivent nécessairement tendre à empêcher le libre cours du sang dans le vaisseau, et l'empêchent en effet, puisqu'ils occasionnent une disposition à la gangrène dans les membres inférieurs, néanmoins il est remarquable que ces vaisseaux continuent encore longtemps à prendre part à la circulation. Il paraît que quelquefois l'inflammation qui précède la formation des caillots cesse spontanément; mais les masses persistent, se contractent et se pénètrent de matière calcaire, ou forment des dépôts d'une autre nature.

J'ai devant moi deux préparations artérielles du Muséum de Guy's hospital dans lesquelles ces sortes de changements se sont effectués et n'ont pas empêché tout à fait la circulation de continuer. Dans une de ces

préparations, on voit des portions de l'aorte, au dessus et au dessous du diaphragme, remplies de masses spongieuses contenant de la matière calcaire, évidemment de longue date. Le sang paraissait avoir pu traverser ces masses assez librement, bien que le patient qui, pendant plusieurs semaines avant sa dernière maladie avait éprouvé de l'hémoptysie et de l'œdème pulmonaire, a en dernier lieu été atteint d'une disposition à la gangrène à la jambe droite; mais cela dépendait probablement de la formation de petits caillots dans les cellules de chacune de ces masses spongieuses. La seconde préparation est relative à l'artère souclavière droite d'un maître de pension de Greenwich, âgé de 73 ans, adonné depuis longtemps à des habitudes d'intempérance et qui a expiré 24 heures après avoir reçu un coup de brancard de voiture qui lui a cassé plusieurs côtes des deux côtés. Tout son système artériel était ossifié. L'état rugueux de l'intérieur d'une artère ne paraît pas la prédisposer à former des caillots oblitérants, à moins qu'elle ne soit saisie d'inflammation aiguë; en effet, nous voyons que les vaisseaux ossifiés restent souvent des années sans êtrs obstrués. Les origines des grandes branches des artères des membres supérieurs et inférieurs étaient bouchées par de petites cancrétions de la forme de choux-fleurs, et le commencement de la souclavière droite était rempli de masses granuleuses, lesquelles étaient probablement poreuses, puisque, immédiatement au dessus, l'artère n'était pas dilatée, et la portion au dessous n'avait pas diminué de volume. Il est probable que, dans ces deux cas, les masses accidentelles avaient été formées par les caillots dépesés sur la membrane interne, précisément sur les points autrefois frappés d'inflammation. Les caillots qui se forment dans la partie inférieure de de l'aorte restent quelquefois permanents et interrompent entièrement le cours du sang. Il existe dans la collection que je viens de citer une aorte complétement obstruée, depuis l'origine de la mésentérique inférieure et au dessous, par une masse ferme de fibrine pâle; la plus grande partie des iliaques primitives est oblitérée; la gauche à sa bifurcation, la droite dans plus de la moitié de sa longueur. Cette pièce avait été tirée du cadavre d'une femme qui avait succombé dans un hôpital de Paris et qui avait été disséquée par le docteur Goodisson. Le cadavre paraissait avoir appartenu à un sujet bien portant; les artères des membres inférieurs présentaient de larges anastomoses qui s'embranchaient avec les vaisseaux supérieurs à l'endroit obstrué. Les valvules aortiques offraient des traces d'inflammation aiguë, et la partie inférieure de l'aorte était ossifiée à un degré extrême.

La formation de caillots, comme conséquence d'aortite, est cependant une condition propre à produire une gangrène mortelle dans les membres inférieurs, par la raison que les vaisseaux de ces membres sont eux-mêmes tellement malades que la circulation collatérale ne s'exécute pas. J'ai observé une grosse masse de coagulum mou qui adhérait à la partie antérieure de l'aorte abdominale, un peu au dessus de sa division, sur le cadavre d'une femme qui avait succombé à une gangrène au pied. Toute l'aorte était remplie de lamelles osseuses dont plusieurs offraient à leurs bords des ulcérations avec des marques évidentes d'inflammation aiguë. L'orifice de la mésentirique supérieure était aussi rempli de concrétions lamellaires.

La forme de l'aortite aigue, dans laquelle il se dépose des couches de lymphe coagulable à la membrane interne du vaisseau, n'a lieu que dans deux états de la circulation. Le premier consiste dans une faiblesse du courant sanguin par atonie du vaisseau, ou par diminution de l'action du cœur. Ainsi, par exemple, l'on voit dans quelques cas d'épuisement, dans la dernière période des maladies adynamiques, l'inflammation aiguë de l'aorte se déclarer, et de la lymphe s'épancher à sa surface interne et s'y attacher, le courant sanguin n'étant pas assez fort pour empêcher la formation d'une fausse membrane, ni pour l'entraîner. Le second se rapporte à un obstacle mécanique au cours du sang dans le vaisseau. Il en résulte une stase sanguine et, par suite, une aortite aiguë. L'inflammation qui se déclare dans ces conditions donne lieu à une secrétion de matière à sa face interne. Dans certaines périodes de la maladie de Bright, la membrane interne de l'aorte présente, comme toutes les autres séreuses, une grande tendance aux épanchements inflammatoires, et il se forme alors facilement des caillots sanguins ou de la matière concrescible qui adhère à sa surface. Il n'est pas improbable que la grande proportion d'azote que le sang contient dans l'anasarque rénale contribue beaucoup à la formation de ces altérations qu'on rencontre dans l'endocarde et dans l'aorte. La formation de ces produits est probablement due aux obstacles que le sang rencontre dans le cours de l'aorte, par suite des obstructions qui se déclarent dans les branches qui se rendent aux artères rénales, hépatiques, spléniques, et aussi par la lenteur de l'action du cœur, occasionnée par l'œdème des poumons et par la faiblesse du cœur que le patient présente dans les derniers moments de sa vie. Le fait suivant a été le premier qui a appelé mon attention sur ce sujet. Il est surtout remarquable par la grande tendance que le sang avait montrée à former des dépôts fibrineux adhérents aux diverses parties du système vasculaire.

2° *Fait.* — Un laboureur robuste, 33 ans, a été reçu à Guy's Hospital pour une anasasque et une légère ascite qui datait d'un mois environ. Tout son corps était très œdémateux; action désordonnée du cœur; bruit anormal très distinct vers la région des valvules aortiques. Il se plaignait de dyspnée intense, de toux fréquente; expectoration sanguine; l'urine contient de l'albumine. La difficulté de la respiration a été de plus en plus intense jusqu'à la mort, qui a eu lieu sept jours après son entrée. A l'autopsie, la plèvre droite était entièrement couverte d'une couche ferme et spongieuse de fibrine et remplie de sérum rougeâtre. Les poumons contiennent trois caillots apoplectiques volumineux, et ils sont imperméables à l'air. Le poumon droit était très hépatisé et

contenait de l'air. Plusieurs branches de l'artère pulmonaire des deux côtés étaient remplis de caillots apparemment formés depuis plusieurs jours. La membrane bronchique portait des traces d'inflammation aigue. Le cœur était considérablement distendu par du sang; ses cavités droites sont remplies par du sang et par une concrétion cystiforme de fibrine pâle du volume d'une fraise, laquellé adhérait à l'appendice de l'oreillette droite. Le ventricule gauche était dilaté et légèrement hypertrophié. Les valvules aortiques étaient épaissies et contractées, et l'une d'elle était complétement remplie d'une masse globulaire de coagulum ferme. Plusieurs portions de l'aorte présentaient de petits caillots granuleux adhérent a sa surface. D'autres points de cette artère étaient rouges, et la membrane interne du grand sinus offrait des inégalités par des concrétions demi-transparentes. La substance du foie et de la rate était dure et contractée; les reins sont gros, pâles, se déchirent aisément. Dans l'un de ces organes, les veines émulgentes présentent des caillots fibrineux anciens. — Dans un autre cas d'anasarque rénale, j'ai trouvé des lésions analogues aux deux veines émulgentes, dans plusieurs portions de l'artère pulmonaire et dans l'aorte ascendante.

Second type. — La seconde variété d'altérations inflammatoires qu'on rencontre dans l'aortite aigue offre de la ressemblance avec la plus mauvaise espèce d'inflammation érysipelateuse, non seulement à cause de la rapidité de sa marche et du caractère de ses produits, mais encore par l'état de faiblesse cachectique de la constitution des individus qu'elle frappe. Je ne saurais mieux représenter ce type qu'en faisant connaître les altérations que j'ai rencontrées dans l'aorte d'un homme qui est mort peu de jours après avoir subi l'opération de la lithotomie. La membrane externe de l'aorte était traversée d'une multitude de petits vaisseaux élargis, dont plusieurs ont pu admettre une soie de sanglier, s'anastomosant réciproquement par des rameaux très fins. De petites ecchymoses claires adhéraient à la portion la plus épaisse de la tunique externe. La membrane interne était dans quelques endroits d'un rouge de cornaline foncé; dans d'autres, d'un rouge pâle, et dans un endroit, près de l'origine des artères intercostales, d'une teinte violette noirâtre. La rougeur était principalement due à la présence de petits réseaux vasculaires dispersés sur toute la surface du tissu sous séreux. La rougeur superficielle était cadavérique. La membrane interne n'était ni épaissie, ni plus fragile qu'à l'état naturel. La rougeur s'étendait dans quelques endroits jusqu'à la membrane moyenne qui était un peu jaunâtre. Cette forme de l'aortite s'observe chez les personnes de constitution faible et chez celles qui ont souffert d'une longue maladie. Elle se déclare pendant la dernière période des fièvres ataxiques, ou chez les sujets atteints de maladies viscérales chroniques qui ont été soumis à de grandes opérations, qui ont essuyé des hémorrhagies abondantes, des phlébites, des artérites. Comme la matière sécrétée par les surfaces affectées n'est pas assez plastique pour résister au courant sanguin, il ne reste ni lymphe, ni caillot à la face interne du vaisseau; et ainsi l'action morbide continue à se répandre au dehors, jusqu'à ce que toutes les grosses artères soient envahies par le travail morbide qui devient mortel. Cet état paraît identique avec une affection rare des petites artères, l'artérite érysipélateuse, que Cline et Abernethy ont produite par l'application d'une grosse ligature dans l'opération de l'anévrisme, et qu'on observe aussi quelquefois par suite de blessures légères aux membres ou par maladie constitutionnelle. Ici le vrai travail réparateur par lequel la lymphe est épanchée sur le parois du vaisseau, etc., n'a point lieu, et il ne se forme pas une barre contre le progrès de l'affection. Le membre ne se gangrène point, mais l'inflammation ne cesse point de faire des progrès jusqu'à ce qu'elle aura atteint l'aorte et le cœur.

(*La suite au prochain numéro.*)

Remarques sur l'extrait de feuilles de noyer, réputé anti-scrofuleux.

On administre à l'hôpital de la Charité (Velpeau) l'extrait de feuilles de noyer, intérieurement, à la dose d'un à plusieurs grammes par jour, sous forme pilulaire, comme remède anti-scrofuleux, à des sujets de tout âge. On s'en sert également sous forme de pommade pour le pansement des plaies d'apparence scrofuleuse. Ce remède étant adopté comme moyen habituel dans ces cas, on doit présumer qu'on s'est bien trouvé de ses effets. M. Baudelocque l'a aussi employé comme tel pendant longtemps à l'hôpital des Enfants. Il y a donc lieu de se demander quelle est la valeur réelle de ce médicament. On avait, autrefois, prescrit l'extrait de l'enveloppe verte et charnue de la noix comme anti-syphilitique et comme anthelmenthique (Swédiaur). La décoction des feuilles de noyer était aussi, dans le siècle dernier, employée en fomentation ou en bain local contre la carie scrofuleuse (Jour. de Desault), mais on y avait renoncé par la suite. La chimie moderne a analysé toutes les parties du noyer, elle a trouvé dans les feuilles fraîches, dans l'écorce, dans les enveloppes du fruit vert, beaucoup de tannin, une matière âcre et amère, presque caustique, de la résine, des acides citrique et malique, quelque sels à bases diverses et de l'amidon. L'on s'est imaginé, d'après cela, que toutes ces substances devaient être toniques, excitantes, en vertu surtout du principe amer. Tout cela cependant n'était qu'hypothétique, car il est complètement illusoire de croire que les amers soient toniques. Quel est en effet le médicament qui n'est plus ou moins amer? Il fallait donc d'abord consulter l'expérience directe, étudier l'action des diverses parties du végétal à l'instar de tous les autres médicaments, sur l'homme bien portant, sur les animaux et l'homme malade. C'est ce qu'on n'a fait jusqu'à présent qu'incomplétement à ce que nous sachions. Il est probable que le jus de feuilles fraîches de noyer, ainsi que leur décoction, doit jouir de propriétés dynamiques énergiques, et que ces propriétés doivent être plus prononcées encore dans l'extrait de l'écorce du fruit vert; il est même présumable que cet extrait doit jouir de propriétés toxiques

au delà de certaines doses. De nouvelles expériences exactes seraient donc nécessaires pour résoudre ce problème. S'il était permis d'émettre *a priori* une opinion sur ce sujet, nous présumerions dans tous les produits pharmaceutiques du noyer des propriétés dynamiques hyposthénisantes, soit parce que les éléments que la chimie y a signalés sont déjà reconnus comme tels, soit encore parce que la condition pathologique de la scrofule que ces médicaments combattent est de nature plutôt phlogistique lente que de faiblesse. Les faits que nous avons observés jusqu'à ce jour dans les hôpitaux ne nous ont pas suffisamment convaincu de l'efficacité réelle de l'extrait contre le scrofule. Il serait d'autant plus important de confirmer une pareille réalité, que ce médicament peut s'obtenir par tout à peu de frais, et même sans l'intervention de la pharmacie au besoin.

DOCUMENTS DIVERS.

Aliénation mentale. — Dans un rapport général que vient de publier le docteur Woodward, sur les aliénés traités à l'hôpital spécial à Massachusetts (Amérique méridionale), on trouve les remarques générales suivantes :

— « Il n'y a pas aujourd'hui plus d'une demi-douzaine d'individus à l'hôpital, qui étaient entrés comme des *cas récents* et qui, n'étant pas guéris, sont restés comme incurables et sans ressource. La plupart de ceux qui sont sortis comme incurables offraient des complications graves, telles que l'épilepsie, des paralysies, ou un délabrement tel de la santé générale, qu'ils esquivaient les ressources de la médecine. Au reste, je ne crois pas trop avancer en disant que toute folie non compliquée des conditions précédentes est aujourd'hui plus sûrement guérissable que d'autres maladies d'égale intensité, telles qu'une fièvre intermittente, une pneumonie, un rhumatisme. Si cela est incontestable, ainsi que nos relevés annuels le prouvent, il sera également vrai de dire que cette branche de la thérapeutique a fait plus de progrès que celle des autres maladies qu'on croit le mieux guérir. Des malades âgés de moins de 20 ans que nous recevons, les femmes guérissent plus facilement que les hommes. Il résulte de nos tableaux que plus des deux tiers des femmes reçues à cet âge sortent guéries. De 20 à 25 ans, pour ce sexe, la proportion des guérisons s'approche des deux tiers, mais ne dépasse pas cette limite; tandis que pour les hommes de 20 à 25 ans, la proportion va jusqu'à 50 p. 100. Ainsi, pour les hommes, il y a une différence énorme suivant qu'ils sont au dessous ou au dessus de 20 ans; et cette différence n'est pas la même aux mêmes âges dans l'autre sexe; la raison de ces différences nous échappe tout à fait dans l'état actuel de la science. — La proportion des guérisons augmente jusqu'à l'âge de 45 à 50 ans; le maximum des guérisons pour les deux sexes est alors de 75 à 86 pour 100. Sur un total de 69 femmes, âgées de 45 à 50 ans, que nous avons traitées l'année dernière, il en est guéri 55; quatorze seulement sont restées sans être guéries. »

Quant aux causes les plus fréquentes de la folie, l'auteur place en première ligne les habitudes d'intempérance, comme propres à déranger les fonctions du système nerveux. Le *delirium tremens* est, comme on sait, presque uniquement produit par cette cause; l'apoplexie, la paralysie, l'épilepsie, et d'autres maladies encore, en sont souvent la conséquence et conduisent à la folie. C'est là une cause physique; mais on ne peut dire jusqu'à quel point des causes morales sont liées avec elle dans la production de l'aliénation. De ce nombre sont les embarras de fortune, les afflictions domestiques, les désappointements en différents genres, la pauvreté, etc., surtout dans les grandes villes des deux continents. Les sujets atteints de manie religieuse guérissent presque constamment si leur mal est récent et s'ils ne sont pas épuisés à l'époque de leur entrée. L'auteur ne fait aucun cas des anciennes classifications de la folie : — « Beaucoup d'individus qu'on regarde, dit-il, comme idiots offrent en réalité une folie congénitale; j'ai connu beaucoup de personnes qui avaient un esprit actif, mais jamais raisonnable. J'ai souvent été consulté par une classe d'individus qui ressemblaient à des idiots sous certains rapports, mais qui en différaient pourtant au point de vue du développement de l'intelligence, car leur esprit pouvait acquérir des connaissances jusqu'à un certain point; leur corps était actif et bien conformé, ce qui n'est jamais le cas des véritables idiots, et ils sont capables de bien faire beaucoup de choses; mais ils sont généralement très méchants, souvent extrêmement passionnés, et ils ont les sentiments et les instincts d'animalité fortement développés, sans être guidés par la raison. » (Il est assurément bien des individus qui peuvent se reconnaître à ce tableau, même parmi ceux qui dirigent des maisons d'aliénés sur quelques points des deux continents!)

Relativement au traitement, M. Woodward fait remarquer que les médecins américains ne suivent pas les errements de la médecine anglaise qui prescrit les saignées généralement dans le traitement de la folie. « En ce moment que j'écris, dit-il, je viens de recevoir un sujet, pâle, maigre, faible, qui a été copieusement saigné, quatre fois en dix jours, et pourtant il n'est pas des moins excités. C'est que la folie ne se rattache pas à des conditions telles du cerveau qu'elles soient capables de céder sous l'influence des déplétions. Il n'y a d'abord qu'une irritation particulière qui s'apaise plutôt par des applications froides, par quelques remèdes calmants et le régime. L'eau froide et la glace rendent en réalité plus de service que les saignées et la diète sévère (starvation). Les narcotiques l'appaisent, le ramènent à la raison, tandis que son état empire si on le médicamente sévèrement, et sa guérison devient moins probable. » M. Woodward combat l'opinion du docteur Jacobi, d'Allemagne, directeur d'un établissement d'aliénés à Siegburg, près Bonn, qui voudrait qu'on traitât les deux sexes dans des établissements à part. Il pense, au contraire, qu'il y a avantage à réunir les malades des deux sexes, les guérisons s'effectuant mieux, plus promptement et en plus grand nombre par ce mélange prudemment dirigé à la promenade, dans les jeux, etc., durant la convalescence seulement, et avec une très grande surveillance. Cette mesure produit surtout d'excellents effets chez les aliénés par religion et qu'on réunit les jours de fête dans la chapelle pour la prière et les chants religieux, et dans d'autres lieux récréatifs; les bienfaits en sont réciproques.

— Dans un autre compte rendu d'un autre établissement d'aliénés en Amérique, que vient de publier le docteur Bell,

on lit les propositions suivantes : « La monomanie suicide se guérit presque constamment chez nous si elle est traitée de bonne heure. — On peut en dire autant de la folie puerpérale qui guérit même mieux. — L'une des plus mauvaises espèces de monomanies est celle qui consiste dans de forts soupçons d'offenses personnelles reçues ou à recevoir, dans des soupçons de calomnies, d'inimitiés sourdes, etc., le raisonnement étant juste dans tout le reste. Il est rare qu'on guérisse de cette aliénation qui succède ordinairement à des habitudes dépravées. — L'intempérance qui accompagne l'aliénation n'en est pas toujours la cause, quelquefois elle en est l'effet. Dans le premier cas, la guérison est prompte et facile, sans beaucoup de médicaments.

Tintement d'oreille. Valérianate de zinc. — Dans un article que vient de publier le docteur Harrison Curtis sur le valérianate de zinc, on trouve le passage suivant : « J'ai déjà parlé, dit-il, de cas dans lesquels j'avais essayé ce remède à la dose de quinze centigr. (3 grains) par jour, contre des tintements d'oreille, des surdités nerveuses, des amauroses et des myodepsies (mouches volantes). Je dois ajouter maintenant quelques nouveaux faits. — M. G., commis dans une maison d'office public, éprouvait depuis six ans des tintements d'oreilles plus ou moins forts ; il avait été soumis à l'usage de l'arnica et du quinquina sans avantage. D'autres traitements avaient été essayés chez lui par plusieurs médecins sans succès ; j'ai à mon tour administré le valérianate de zinc, à la dose de cinq centig. (un grain) par jour. En moins d'une semaine, il y avait déjà du mieux; trois semaines après, la guérison était complète. J'ai revu ce malade plusieurs fois depuis, et sa guérison ne s'est point démentie. J'ai donné le médicament en solution dans une infusion d'écorces d'orange. — J'ai soigné une jeune dame, âgée de 22 ans, délicate, offrant des symptômes de chlorose, de la tristesse et un tintement d'oreilles insupportable. J'ai visé d'abord à améliorer son état général, à l'aide de divers moyens; puis j'ai attaqué le tintement au moyen du valérianate de zinc avec le plus heureux résultat. — Une dame veuve, âgée de 54 ans, m'a consulté pour une semblable maladie, accompagnée de migraine intense et de tristesse extrême. La moindre excitation déterminait chez elle une surdité nerveuse qui durait plusieurs jours ; le valérianate de zinc l'a parfaitement guérie. Dans mon dernier ouvrage sur l'état actuel de l'ophthalmologie, j'ai rapporté brièvement un cas d'amaurose commençante, accompagnée de myodepsie, dans lequel le valérianate de zinc avait produit les plus heureux résultats ; je l'ai depuis donné, dans d'autres cas pareils, à des malades chez lesquels les autres moyens d'usage avaient échoué, et j'en ai pareillement retiré d'excellents effets. » (*Med. Times.*)

Hydrocèle chez l'enfant. — L'hydrocèle testiculaire qu'on rencontre si fréquemment chez l'enfant suppose la non oblitération de la séreuse dans le trajet inguinal, ce qui laisse passer la sérosité abdominale dans les bourses. C'est donc l'anneau inguinal qu'il faut faire oblitérer à l'aide d'une pelotte herniaire pour guérir l'hydrocèle, et nullement relever le scrotum avec un suspensoir, ainsi qu'on le fait communément. Le canal oblitéré, la sérosité de la vaginale se resorbe, et la guérison a lieu. Cette pratique est d'autant plus importante qu'elle prévient la formation possible d'une hernie.

Lipome. — Le mot lipome paraît n'avoir été introduit pour la première fois dans la science que par Littre. Jusque là les lipomes avaient été confondus avec les kystes appelés stéatomes (Hist. de l'Acad. des sc., a. 1709.

CLINIQUES CHIRURGICALES.

—

Les considérations auxquelles nous nous sommes livré dans le dernier numéro concernant les lésions qui ont pour symptôme le priapisme, nous ramènent aujourd'hui à l'examen d'une autre question plus importante encore pour la pratique, et dont les hôpitaux nous offrent en ce moment plusieurs exemples remarquables : nous voulons parler de la paralysie qui succède à certaines violences de la colonne rachidienne, en particulier de celle qui se limite aux membres inférieurs, comme étant la plus fréquente.

La paraplégie traumatique ne se rencontre malheureusement que trop souvent dans nos salles de chirurgie, et elle nous présente chaque jour le spectacle affligeant de l'impuissance de l'art et de ravages de plusieurs sortes sur lesquels on disserte si savamment aujourd'hui, depuis l'entrée des malades jusqu'à la dissection de leur cadavre ! Trois exemples remarquables sont en ce moment sous nos yeux ; nous les suivons avec d'autant plus d'intérêt que leur étude se rattache à l'une des lacunes les plus importantes de la thérapeutique. Le premier est à Saint-Louis (service de M. Jobert) sur un sapeur-pompier, âgé d'une quarantaine d'années, qui, étant tombé d'une grande hauteur, par l'éboulement d'un mur, pendant qu'il manœuvrait pour éteindre un grand incendie, s'est fracturé le bassin dans le sens antéro-postérieur ; la fracture a porté probablement sur le sacrum ou sur les articulations sacro-iliaques, car les deux côtés du pelvis se laissaient remuer comme deux moitiés d'un livre. La paraplégie n'a atteint que le mouvement, elle était complète d'abord ; aujourd'hui, trois mois après l'accident, la fracture est consolidée, et le malade peut remuer ses membres ; cette amélioration semble progressive, mais il serait impossible de dire jusqu'où elle s'étendra par la suite. La sensibilité a été conservée, exaltée même dans le principe. Le rectum n'a pas été tout à fait paralysé, mais la vessie a eu besoin du secours d'une sonde pour fonctionner ; aujourd'hui, ces organes ont repris leur vigueur primitive. L'organisme, affaissé d'abord sous l'action de l'événement, des saignées répétées et de la diète, reprend de plus en plus son ascendant ; les fonctions de l'estomac et les forces se remettent de jour en jour. L'avenir nous apprendra la terminaison de la paralysie. — Le second est à l'Hôtel-Dieu (service de M. Chassaignac) ; sa paraplégie s'offre dans d'autres conditions, plus intéressantes encore. Il s'agit d'un maçon de près de 40 ans, qui a été enseveli sous l'éboulement d'une cave ; il a eu le dos fracassé, la cuisse gauche fracturée à deux endroits, le cuir chevelu arraché et jeté sur la nuque comme un bonnet, et le cerveau commotionné. A l'examen, on a trouvé un enfoncement au dos, à la hauteur de la huitième vertèbre dorsale ; le pouce pouvait aisément repousser les chairs jusque dans le canal vertébral, ce qui indiquait au moins une

fracture des apophyses correspondantes, et, chose remarquable, il n'y avait pas d'abord paralysie, ce qui déroutait déjà un peu le diagnostic; mais, le lendemain, la paralysie s'est déclarée. Comme dans le cas précédent, la paralysie n'a porté que sur le mouvement, elle était absolue; la sensibilité était exaltée; le rectum et la vessie ont conservé leur intégrité. Aujourd'hui, plusieurs semaines après l'accident, la mobilité reparaît et s'accroît chaque jour, quoique lentement; la sensibilité est à son tour rentrée dans les limites de l'ordre normal. La double fracture du fémur a été mise en appareil, le cuir chevelu replacé et réuni à ses adjacences à l'aide de bandelettes collantes laissées longtemps à demeure, le malade saigné coup sur coup pendant plusieurs jours, et, grâce à ces secours énergiques, il en est revenu, a surmonté les premiers accidents et paraît marcher vers une guérison franche; mais la paraplégie, que deviendra-t-elle? C'est ce que nous chercherons à savoir dans un instant.

Le troisième malade enfin (service de M. Blandin) est celui dont nous avons parlé dans le dernier numéro, et qui vient de mourir; son autopsie nous a offert des enseignements du plus grand intérêt. Rappelons d'abord qu'il s'agissait d'un jeune homme, âgé d'une vingtaine d'années, qui était tombé d'un quatrième étage, ayant à son entrée les quatre membres paralysés dans le mouvement seulement, et à des degrés divers que nous avons déjà signalés; le sentiment était conservé et exalté. Une depression existait au dos, vers la hauteur de la 5e ou 6e vertèbre cervicale; lorsqu'on comprimait ce point avec les doigts, on pouvait enfoncer les parties molles dans le canal rachidien, et le patient accusait alors une douleur atroce, en même temps que ses quatre membres sautaient, absolument comme les pattes d'une grenouille préparée dont on pince le plexus sacré. Le rectum et la vessie étaient paralysés; il y a eu priapisme morbide pendant les premiers jours; le mal a suivi sa marche ordinaire en pareils cas, c'est-à-dire, il a réagi fâcheusement sur la fonction respiratrice et s'est terminé par asphyxie, deux mois environ après l'accident; une énorme escarrhe au sacrum a précédé le cortége formidable des symptômes, phénomène assez constant dans ces occurrences, et que Dupuytren attribuait à un défaut d'innervation périphérique par le fait même de la lésion de la moëlle. A l'autopsie, dont nous avons examiné les pièces, on a trouvé une dislocation et deux fractures à la fois. Le corps de la 5e vertèbre cervicale était complétement détaché de celui de la 6e, par rupture du disque intermédiaire à ces deux vertèbres. Le bord supérieur du corps de la 6e était fracturé en onglet en avant, et du sang se trouvait épanché entre les deux surfaces vertébrales; les deux vertèbres étaient très mobiles et laissaient fléchir la colonne dans ce point lorsqu'on incurvait en avant ou en arrière les deux extrémités de la tige vertébrale. Aucune consolidation ne s'était donc opérée. Le corps de la 6e vertèbre était en outre comme écrasé, atrophié dans le sens vertical, de telle sorte qu'il avait beaucoup perdu de sa hauteur. Par suite de cette condition, les cinq vertèbres cervicales supérieures qui pesaient sur la 6e avaient forcé le corps de celle-ci à s'infléchir en arrière, à rétrécir le canal vertébral et à comprimer la moëlle. Cette inflexion avait lieu précisément à l'endroit de la disjonction des deux vertèbres; les deux corps vertébraux (5e et 6e) se trouvaient par conséquent poussés en arrière et comprimaient la moëlle. Ce déplacement était tellement prononcé, que la colonne cervicale qui, dans l'état normal, présente une convexité en avant, offrait au contraire une concavité frappante sur la jonction des deux vertèbres, et une saillie angulaire prononcée du côté de la cavite médullaire. En arrière, à l'endroit où, durant la vie, on sentait une excavation, il y avait une rupture complète des lames vertébrales et des tissus interlaminaires entre la 4e et la 5e vertèbre cervicale. Dans le canal rachidien, existait un peu de sang épanché qui comprimait la moëlle en avant, à la hauteur de la dislocation; la moëlle semblait peut-être un peu ramollie, mais pas malade au reste. Plusieurs ligaments interlaminaires étaient forcés comme dans une entorse. En un mot, à part la compression par le fait de la demi-luxation, la moëlle n'a pas présenté au scalpel anatomique de lésions capables de rendre suffisamment compte des phénomènes formidables de la maladie. On trouve dans les Leçons Orales de Dupuytren plusieurs faits qui offrent de la ressemblance avec le précédent.

Elevons-nous maintenant, de ces observations isolées, à quelques considérations générales. Le fait qui frappe le premier au milieu de ces détails, c'est cette déclaration de la paraplégie, non le jour même de la fracture des vertèbres, mais le lendemain (cas de M. Chassaignac). Il y avait pourtant là fracture des lames, puisqu'on pouvait enfoncer un doigt jusque dans le canal rachidien. Cela fait présumer que la lésion existait d'abord sans compression et que le lendemain un épanchement sanguin a dû s'opérer, à moins qu'on ne veuille rattacher la paralysie à la réaction phlogistique des méninges ou du cordon médullaire. On ne veut pas généralement que la méningite ou la myélite soit une source de paralysie, si ce n'est dans les cas où la phlogose s'accompagne d'un épanchement compressif. Cette opinion mérite peut-être révision; il est probable que tout travail morbide dans les centres nerveux peut enrayer l'innervation musculaire dès le moment où il y a trouble fonctionnel: un nerf enflammé cesse à l'instant de fonctionner; il en résulte un effet paralytique, etc. Ces remarques font déjà comprendre la nécessité d'une grande reserve sur la question de savoir s'il y aura ou non paralysie dans une fracture conditionnée comme celle-là, et l'importance d'un traitement antiphlogistique énergique comme moyen préventif ou curatif de la paraplégie. Dans le cas de M. Jobert, la paralysie a été instantanée; il est probable que le plexus sacré a été lésé par le fait de la fracture; cependant, qui pourrait assurer que la lésion n'existait

pas plus haut, ainsi que nous le présumons? Encore ici, néanmoins, la médication antiphlogistique a conjuré l'orage qui menaça pendant plusieurs jours la vie du malade. Dans le cas de M. Blandin, enfin, la paraplégie a succédé immédiatement à la fracture, et ce fait confirme les différences très grandes déjà établies par les auteurs entre les paraplégies, en raison du siège de la lésion. Nous avons, dans les trois observations, une gradation remarquable sous ce rapport.

Une autre condition plus importante encore, c'est que, chez deux de ces malades, la paralysie du mouvement n'est restée complète que pendant les premiers jours de l'accident seulement, puis la motilité a commencé à reparaître, et cet état a été progressif, ce qui fait espérer une complète guérison par la suite. L'observation a appris dans ces cas que la longue persistance de la paraplégie n'est pas toujours une raison pour désespérer du rétablissement de la fonction. Nous avons vu, il y a plusieurs mois, à St-Louis, un homme qui portait une affection suppurante des vertèbres, accompagnée depuis 18 mois de paraplégie du mouvement; on lui ouvrit un abcès à la région lombaire, une quantité énorme de pus s'écoula, et la paraplégie a disparu complétement en peu de jours, ce qui a dû faire penser que le liquide provenait de l'intérieur même du canal vertébral. Aujourd'hui, ce malade est revenu au même hôpital, étant de nouveau affecté de paraplégie; on lui a ouvert un nouvel abcès, et la paraplégie s'est dissipée de nouveau, mais moins complétement cette fois. Ce fait tendrait donc à prouver que la simple compression de la moëlle peut se prolonger impunément pendant longtemps, et que, sous ce rapport, la paraplégie spontanée (phlogose chronique, ramollissement, carie, etc.) doit être considérée généralement comme plus grave que la paraplégie traumatique. Une foule d'exceptions cependant se rattachent à cette règle.

On peut se demander à présent à quoi tient ce fait remarquable de la lésion beaucoup plus fréquente du mouvement dans la paraplégie, à l'exclusion du sentiment qui s'exalte au contraire. Cela veut dire, en d'autres termes, que l'affection porte généralement sur les racines antérieures des nerfs. Dans le cas de M. Blandin, la chose a été facile à expliquer, puisque la moelle n'était comprimée qu'en avant; dans d'autres cependant, l'explication nous échappe, même après les autopsies les mieux faites, et l'on est obligé de dire que les racines postérieures qui président au sentiment sont probablement douées d'une plus grande puissance et résistent davantage que les antérieures aux actions morbifiques. On comprend logiquement que le sentiment puisse se conserver malgré une maladie des racines correspondantes, puisqu'il ne s'agit là que d'une propriété inhérente à la matière organique en général, tandis que la motilité se rattache à une qualité relative à une fonction active; mais laissons là les explications.

La médication qu'on suit dans les hôpitaux contre la paraplégie traumatique n'est réellement efficace que dans la première période. Des saignées plus ou moins abondantes sont alors prescrites, des boissons rafraîchissantes, des purgatifs quelquefois. Cette période passée, on abandonne à peu près les choses à la nature; on se borne tout au plus à prescrire des bains de temps en temps, des purgatifs, quelquefois des vésicatoires volants vers la région blessée. M. Roux cependant a pour pratique de soumettre ces sortes de malades à des secousses galvaniques. Nous devons dire avoir nous-même employé ce moyen avec une grande persévérance dans plusieurs cas de paraplégie, et dernièrement encore chez M. le baron de L..., malade de M. Desportes, et chez un autre de M. Fournier-Deschamps, et chez un troisième qui a succombé consécutivement à une attaque d'apoplexie; l'effet a été absolument nul! Il résulte de nos études pratiques sur l'électricité, que nous avons appliquée dans une infinité de cas, et sous toutes les formes connues, que ce moyen n'est pas un remède réel, ses effets n'étant pas durables. Qu'on dise, qu'on écrive toutes les merveilles qu'on voudra à cet égard, notre expérience est si étendue sur cette matière, que rien n'ébranlera notre conviction, et nous croyons qu'on peut défier impunément les partisans de cette pratique de produire un seul fait incontestable, probant, en faveur de l'efficacité de l'électricité. Il en est à nos yeux de l'électricité comme des grande ventouses Junod, qu'on applique également à la paraplégie; on prend aisément l'illusion pour la réalité, et le médicament cesse de faire des merveilles dès qu'on examine ses effets sans prévention... Il serait vivement à désirer dans l'état actuel de la science que les chirurgiens s'élevassent au delà de ces prescriptions banales dans une époque où le mal a le plus besoin de secours dynamiques pour arriver à une bonne et prompte terminaison. On croit aux ventouses sèches, à l'urtication et à tant d'autres moyens futiles, et l'on méconnaît dans ces cas les bienfaits du tartre stibié à petite dose répétées, du sulfate de quinine, du camphre, de la noix vomique, des eaux minérales et d'une foule d'autres remèdes hyposthénisants diversement combinés. Dupuytren faisait au moins usage du bain froid; de nos jours ce moyen est oublié; cependant guérit-on la maladie par l'espèce d'expectation impassible qu'on adopte communément? Nous laissons à d'autres le soin de répondre.

La fracture de l'os temporal, en particulier de sa portion pétrée qu'on appelle *le rocher*, a mérité dernièrement, de la part de M. Blandin, quelques considérations cliniques intéressantes et que nous allons reproduire. Voici le fait qui les a motivées. Un homme, âgé de trente et quelques années, est tombé d'un endroit élevé; il a été de suite transporté à l'Hôtel-Dieu dans un état de demi-commotion. A son entrée, il est pâle et rend du sang par l'oreille gauche et par la bouche. Bientôt l'audition de ce côté s'est affaiblie, et la moitié correspondante de la face s'est légèrement paralysée dans le mouvement; la luette a paru aussi paralysée, mais à un degré beaucoup plus pro-

noncé ; elle était en effet tellement déviée à droite qu'elle restait couchée sur le bord correspondant de la base de la langue. M. Blandin a diagnostiqué à ces symptômes une fracture du rocher, accompagnée de lésion de la portion intra-crânienne du nerf facial. Des saignées répétées ont fait diminuer et presque disparaître en peu de jours la paralysie de la face et la dureté de l'ouïe, mais la paralysie de la luette a persisté. Nous sommes aujourd'hui au huitième jour de l'accident, le malade va bien, on lui accorde déjà quelques aliments, et il n'éprouve rien d'incommode par le fait de la paralysie de la luette.

M. Blandin s'est demandé d'abord la raison anatomique de la coïncidence de la paralysie de la face avec la paralysie pu voile du palais, déjà signalée par le regrettable docteur Monteau, et observée depuis dans plusieurs cas analogues. Nous disons : dans plusieurs cas, car la luette n'est pas toujours paralysée dans l'impuissance des muscles de la face ; l'on va comprendre pourquoi. Il a fallu remonter à la source des nerfs de la luette pour s'en rendre compte. Or, cette partie reçoit ses nerfs du ganglion sphéno-palatin, qui, comme on sait, envoie trois beaux filets aux muscles du voile du palais et de la luette ; et ce ganglion lui-même reçoit un filet de la portion intra-crânienne du nerf facial, ainsi que MM. Blandin et Longet l'ont démontré. Ce filet était déjà connu, mais on avait cru qu'il était au contraire envoyé par le ganglion au nerf vidien. Il résulte de cette observation intéressante que la lésion du tronc intra-crânien du nerf facial doit paralyser en même temps le filet qui va dans le ganglion sphéno-palatin, et qui en sort ensuite pour se rendre comme nerf moteur à la luette. En conséquence, la luette n'est paralysée que dans le cas où la source de la paralysie de la face est dans le crâne, à côté du rocher. C'est là un signe précieux de diagnostic, car, dès que la paralysie de la face existe sans paralysie de la luette, on peut affirmer que la lésion est externe ou dans les branches nerveuses périphériques. Cela explique également la coexistance de la dureté de l'ouïe quand le mal est intra-crânien. Ces données avaient déjà fourni l'élément principal du diagnostic de M. Blandin ; mais il y avait en outre le saignement par l'oreille et par la bouche qui conduisait à la même conséquence. M. Blandin regarde ce double saignement comme un signe univoque de lésion ou de fracture du rocher. Pour lui, le sang émane de l'intérieur de la caisse tympanique où il s'est extravasé, et s'échappe en avant par le conduit auditif externe (ce qui suppose comme on le voit une déchirure de la membrane du tympan), en arrière, par la trompe d'Eustache qui le conduit à la gorge. La membrane externe du conduit n'étant que tégumentaire ne peut, selon M. Blandin, se déchirer aisément et fournir du sang comme la muqueuse de la caisse ; et au surplus, ce chirurgien retient ces conclusions comme d'autant plus certaines que toutes les fois qu'il a pu vérifier son diagnostic par l'autopsie, il l'a trouvé exact. Telle est la substance des idées émises par M. Blandin sur cette question spéciale.--S'élevant ensuite à quelques généralités sur les fractures du crâne, il a appelé l'attention sur une observation qu'il a signalée le premier après Dance : nous voulons parler des phlogoses des veines diploïques dont la suppuration est selon lui la source des abcès au foie qu'on observe si souvent à la suite des plaies de tête.

La question relative à la valeur clinique du saignement par l'oreille, par la gorge ou par le nez, qui accompagne souvent les lésions traumatiques de la tête, a déjà été abordée plus d'une fois dans ce journal (V. t. 1, p. 256, 306, 453, et t. 2, p. 180), et elle avait été résolue dans un sens différent de celui qu'on vient de lire. Nous avons cité un travail récent du docteur Lawrie, qui a fait connaître 22 cas recueillis à l'infirmerie royale de Glascow, de commotion cérébrale avec saignement par l'oreille et par la gorge, et dont 20 ont guéris ; et quant aux deux morts, un seul a présenté à l'autopsie une fracture à la base du crâne, l'autre n'a présenté aucune fracture. Ce travail nous avait conduit à conclure que le saignement en question n'était pas généralement un phénomène aussi grave que les auteurs l'avaient enseigné, ni un symptôme constant de fracture du rocher ou de tout autre os. Par la suite, nous avons rapporté, aux pages ci-dessus citées, trois cas de même espèce que nous avons observés récemment à la Charité, à Beaujon et au Val-de-Grâce ; le saignement avait été abondant par une ou par les deux oreilles, par le nez et par la gorge ; il y avait eu commotion grave, réaction encéphalique alarmante ; néanmoins tous ces malades ont guéri. Chez un seul (Beaujon), il y a eu en même temps paralysie de la face et surdité ; mais l'état de la luette n'a pas été examiné. Cela ne prouve pas, à la vérité, que le sang n'émanait pas d'une fracture du rocher, puisque cette fracture a pu très bien guérir ; mais toujours est-il que si cette fracture avait eu lieu, elle existait, dans deux de ces cas, sans paralysie de la face, sans lésion du nerf facial et sans surdité aucune. Nous avouons néanmoins que notre attention n'avait pas porté sérieusement sur la paralysie de la face avant les belles remarques de M. Blandin ; cette paralysie peut n'être prononcée qu'à peine et échapper à l'observation ; tel était le cas de l'Hôtel-Dieu, mais l'examen de la luette a éclairé de suite la question, et désormais cet examen devient un point essentiel pour l'exactitude du diagnostic. Dans un des cas que nous avons observés cependant (Robert), la paralysie de la face et la surdité étaient très prononcées, ainsi que nous venons de le dire, et elles ont persisté par la suite ; mais, nous le répétons, encore ici la luette n'a point été examinée. Quoi qu'il en soit, nous n'avons, contre le diagnostic absolu de M. Blandin, contre la présomption constante d'une fracture liée au saignement en question, qu'un seul fait accompagné d'autopsie, c'est celui du docteur Lawrie. Ce fait n'autorise, à la vérité, aucune conclusion générale ; mais, s'il est exact, il permettra de soutenir que le symptôme dont il s'agit

n'émane pas toujours d'une fracture; telle est aussi l'opinion de M. Gerdy. C'est déjà assez dire que cette importante question veut être réexaminée par de nouveaux faits. En attendant, ce que l'on vient de lire mettra peut-être dans la voie d'une appréciation plus exacte des phénomènes. Il s'agit de savoir : 1° Si dans les plaies de tête, le saignement par l'oreille, par la gorge ou par le nez, indique toujours une fracture de la base du crâne ou du rocher; 2° si cette fracture s'accompagne constamment de paralysie de la luette et de la face, et de dureté de l'ouie; 3° si ces derniers symptômes enfin ne peuvent pas se déclarer sans fracture.

L'hydropisie de l'articulation de l'épaule (hydrarthrose scapulo-humérale) a été à peine étudiée jusqu'à ce jour, à cause peut-être de sa rareté, comparativement à celle du genou, ou de sa ressemblance avec celle de cette dernière région qu'on a pris pour type des hydrarthroses. Il est cependant dans l'arthropathie de l'épaule quelques particularités dignes d'intérêt et sur lesquelles nous devons appeler l'attention. Trois cas de ce genre se présentent en ce moment dans les hôpitaux : l'un à la Charité (Gerdy), l'autre à St.-Louis (Jobert), le troisième à l'Hôtel-Dieu (Blandin). Ils offrent ceci de remarquable d'abord, qu'ils existent tous les trois sur des sujets jeunes, d'une vingtaine d'années environ, de constitution lymphatique. Deux des sujets sont du sexe féminin. Tous les trois ont été exposés à des causes rhumatismales, et c'est sous l'action d'un refroidissement que le mal s'est déclaré sous forme d'arthrite. Chez tous les trois l'affection existait pour la première fois, et elle était limitée à l'épaule d'un seul côté; aucune autre articulation n'était malade. C'était l'épaule gauche qui avait été envahie chez deux, la droite chez le troisième. Le mal existe depuis plusieurs semaines et s'énonce par les caractères suivants. Développement globulaire du moignon de l'épaule, de volume double que dans l'état naturel, ferme, élastique, profondément fluctuant, et très douloureux au toucher; la fluctuation est surtout manifeste en dedans et en avant; mouvements du bras presqu'abolis; élévation du coude impossible; le membre reste fixé contre le tronc, dans la demi flexion, comme dans une luxation de l'épaule; l'avant-bras et la main sont tellement affaiblis qu'on les croirait paralysés au prime abord; on ne peut imprimer de mouvements à l'humérus sans faire jeter les hauts cris au malade; demi torticolis correspondant. Pas de fièvre; pâleur générale et faiblesse, comme dans les maladies graves des organes profonds. Chez le malade de la Charité, on a d'abord prescrit des applications répétées de sangsues et l'usage des cataplasmes, sans un avantage très marqué; on a ensuite eu recours aux potions de tartre stibié à haute dose (30, 50, 75 centigrammes par jour) et le mal s'est promptement amélioré; la tumeur a beaucoup perdu de son volume et de sa sensibilité; on insiste sur ce moyen et l'on espère une prompte guérison. Le cas de Saint-Louis paraissait beaucoup plus grave; on a appliqué de larges vésicatoires volants sur le moignon de l'épaule; on a prescrit des bains sulfureux et l'amélioration a été très prompte, le gonflement ayant diminué et le membre ayant repris en partie la facilité de ses mouvements; c'était sur une jeune personne au corps grêle et élancé. Dans le cas de l'Hôtel-Dieu, enfin, on a employé plusieurs moxas qui suppurent déjà abondamment; le mal cependant a paru plus réfractaire, mais il a cessé de faire des progrès, et tout fait espérer qu'on en triomphera pareillement.

Si ces trois faits pouvaient servir de type pour l'appréciation de l'hydrarthrose solitaire de l'épaule, on serait autorisé de dire que cette affection est plus sérieuse que celle du genou. Nous disons: solitaire, car il est une hydropisie qui se déclare dans l'épaule en même temps que dans d'autres articulations et qui n'a pas le même développement ni la même importance comme maladie locale. Il y a d'abord cette différence essentielle entre l'affection en question et celle du genou, c'est qu'à l'épaule, le mal est douloureux, offre un caractère aigu, réagit sur toute la constitution et rend impossible tout travail corporel; tandis qu'au genou l'hydropisie est généralement indolore et ne paraît pas troubler sérieusement les fonctions générales de l'organisme. Ces différences néanmoins paraissent moins tenir à la nature intime de la maladie qu'à l'importance relative de chacune de ces régions, l'épaule s'offrant sous ce rapport en première ligne, vu ses relations de voisinage avec des organes essentiels. Ajoutons que si le mal passe à l'état d'arthropathie organique (tumeur blanche), il est bien autrement grave à l'épaule; aussi ne saurait-on trop se hâter d'attaquer énergiquement l'affection dès son début, et sous ce rapport la médication de M. Gimelle, que nos lecteurs connaissent déjà (tartre stibié à haute dose) se présente comme un véritable bienfait, après les évacuations sanguines. Il ne faut pas oublier au reste que l'hydrarthrose a une grande tendance à récidiver, et peut, à la longue, déterminer diverses altérations organiques dans les parties constituantes de l'articulation. Nous ne sachons pas, au surplus, qu'à l'épaule l'hydropisie se soit jamais présentée dans des conditions de subir la ponction comme au genou. — « Dans la majeure partie des cas où les parties articulaires ont subi quelque altération organique, sont tuméfiées, épaissies, ulcérées ou cariées, on voit se former dans la cavité articulaire un amas de sérosité ou de pus. Cet état, que quelques pathologistes ont regardé comme une complication de l'hydrarthrose, ne mérite une attention particulière que lorsque la maladie qui l'a déterminé diminue, et que le liquide amassé n'est pas absorbé, parce qu'alors il devient indispensable de lui procurer une issue : c'est ce que j'ai fait plusieurs fois avec succès pour l'articulation du genou. » (Chelius, *Traité de Chir.* t. 2, p. 117.) Il est probable cependant qu'à l'épaule la maladie est par elle-même mortelle le plus souvent, du moment qu'elle devient suppurante.

La cure radicale des hernies simples occupe sans cesse les chirurgiens des hôpitaux, et de nouveaux es-

sais sont tentés chaque jour dans ces établissements et en ville. A Saint-Louis, M. Jobert expérimente en ce moment un procédé qui lui est propre; à la Charité, M. Velpeau travaille dans le même but, et M. Gerdy en fait autant de son côté. Les résultats du moment sont plus ou moins satisfaisants, mais le problème est encore loin d'être définitivement résolu. Il y a aujourd'hui dix-huit jours que le dernier patient de M. Jobert a été opéré et il semble en pleine voie de guérison. Il s'agit d'un jeune homme de vingt-cinq ans, ébéniste, haute taille, robuste, bien portant, mais d'apparence un peu lymphatique; il portait un bubonocèle à droite, du volume d'un citron, parfaitement réductible, datant de cinq ans et survenu à la suite d'un effort. La tumeur était tout à fait bornée dans le trajet inguinal jusqu'au pli de l'aîne. M. Jobert l'a opéré en fermant l'ouverture de l'anneau externe et en perforant en même temps le cordon spermatique transversalement, dans le but d'enflammer le tissu cellulaire de ce cordon et des alentours, de déterminer un épanchement de lymphe coagulable dans le trajet inguinal et, par là, l'oblitération du canal parcouru par la hernie. L'opérateur y a procédé de la manière suivante : — Le malade était couché sur le bord du lit, les jambes fléchies à angle droit ; l'opérateur placé du côté de la hernie a réduit la tumeur, puis il a limité avec ses doigts les deux piliers de l'ouverture externe de l'anneau inguinal, et il les a embrochés horizontalement et de dehors en dedans avec une longue aiguille à bec-de-lièvre, en argent et à pointe vissée. Cette aiguille a passé de part en part à travers la peau de l'aîne et a rapproché mollement les deux piliers de l'anneau comme une boutonnière d'habit qu'on veut coudre. Il a ensuite passé une seconde aiguille à trois centimètres au-dessous de l'anneau, et parallèlement à la précédente, embrochant uniquement le cordon testiculaire, avec précaution de ne pas léser le cordon déférant qui a été préalablement mis de côté par les doigts du chirurgien. Cela fait, l'opérateur a dévissé les pointes des aiguilles et passé un fil en 8 autour de chacune d'elles. Ces fils ont été légèrement serrés, mais pas assez pour produire la mortification des tissus. Quelques morceaux d'amadou ont été placés au dessous des bouts de chaque aiguille; une compresse et une bande ont complété l'appareil. Tout cela s'est fait en un clin d'œil et n'a pas produit de douleur bien vive; le patient s'est plaint seulement d'une sorte d'engourdissement incommode dans la fosse iliaque interne, dans la direction du cordon testiculaire. Les aiguilles ont été laissées en place pendant trois semaines, mais les fils ont été ôtés vers le huitième jour ; le malade a gardé la position horizontale au lit, les bourses se sont tuméfiées pendant les premiers jours, ainsi que les tissus voisins de l'anneau ; la douleur le long du cordon a été assez vive la première nuit pour empêcher le sommeil, mais ensuite elle s'est appaisée et les parties ont repris leur volume naturel. Aujourd'hui on sent l'anneau et le trajet inguinal remplis de matière solide et noueuse jusque dans le ventre; ces espaces paraissent oblitérés et le cordon est lui-même fortement serré au milieu de cette matière plastique. Aucun bandage n'a été employé, la hernie semble guérie ; mais cette guérison sera-t-elle durable? M. Jobert le pense, d'après les résultats favorables qu'il a déjà obtenus sur d'autres sujets. Il serait important de pouvoir revoir dans six mois, un an, cet individu pour pouvoir juger de la bonté du procédé.

On vient de voir déjà quel est le principe d'action dans ce mode opératoire. Le chirurgien fait du cordon testiculaire un instrument de fusée inflammatoire le long du trajet parcouru par la hernie, et il n'agit pour cela qu'en dehors du ventre. Cette condition ôte à l'opération tout caractère de danger sérieux; le pincement des deux piliers de l'anneau procure leur réunion forcément, puisque les aiguilles sont maintenues en place très longtemps, et cela s'oppose déjà au retour de la hernie au dehors. Nous disons au dehors, car si le trajet supérieur n'était pas oblitéré en même temps, les viscères pourraient s'y engager et former une hernie interstitielle. Dans le cas rapporté, le sac a pu être réduit avec les viscères, parce qu'il était petit; mais si le péritoine fût descendu plus bas, si son tissu cellulaire allongé eût déjà perdu le ressort nécessaire pour permettre la rentrée de la poche séreuse, M. Jobert comprend en même temps le sac dans le passage des aiguilles et il met les surfaces en contact pour en opérer le recollement. La même pratique est appliquée aux hernies inguinales congénitales, c'est-à-dire qui ont la vaginale testiculaire pour sac. Il y a une différence réelle entre ce procédé et celui de M. Gerdy. L'un veut enflammer le trajet tout en le dilatant à l'aide de l'invagination temporaire, tandis que l'autre veut l'enflammer à son tour mais en le resserrant au contraire à l'aide de la suture. Ce dernier agit à l'extérieur seulement et s'adresse au tissu cellulaire du cordon, tandis que l'invagination va jusque dans le ventre et prend la paroi abdominale elle-même pour point d'action. On voit par conséquent que le but est le même, mais les moyens sont différents. Disons enfin que visant au même but de plasticité cicatricielle, M. Velpeau passe un petit séton de bas en haut et de dedans en dehors dans le trajet inguinal, il le laisse suppurer quelque temps, puis il comprime avec un bandage. La science attend avec impatience de ces diverses pratiques, des résultats décisifs, nombreux, durables. Il y a là un grand service à rendre à la société et un trésor immense à remporter honorablement des mains de la fortune! *Hoc opus!!*

Les abcès des parois de l'abdomen, qu'on rencontre si souvent chez les femmes, surtout après l'accouchement, ont attiré dernièrement l'attention de M. Roux, à l'occasion d'une jeune personne, traitée en ce moment dans une de ses salles à l'Hôtel-Dieu, pour une maladie de ce genre. Ayant été lui-même cruellement frappé par la mort de sa fille, jeune femme enlevée par un psoitis suppurant à la suite de couches, il a fait de cette terrible affection un sujet d'études approfondies qu'il a abordé dans sa leçon d'aujourd'hui. Le fait général qui domine ce point de pa-

thologie, c'est l'accouchement, comme cause efficiente de la suppuration. On dirait qu'il n'y a qu'un pas du travail physiologique de la grossesse et de l'accouchement au travail phlogistique et suppurant, puisque ces deux états se succèdent avec une grande facilité. C'est que la grossesse elle-même constitue un centre de congestion sanguine active qui enraie par cela même un écoulement mensuel si important pour l'état normal de l'organisme de la femme, et occasionne, par cette raison, si aisément des phlogoses que le plus souvent le sang de la saignée est couënneux durant la gestation. On avait cru que cette condition du sang constituait alors un état physiologique, mais Rasori a fait voir (Théorie de la phlogose) que cela était loin d'être constant et ne se rencontrait que chez les femmes qui portaient quelque inflammation occulte durant la grossesse. Aussi les affections inflammatoires sont elles dominantes et redoutables avant, comme après l'accouchement. C'est surtout dans l'enceinte abdominale que ces réactions se déclarent; delà des douleurs sourdes et interminables, et souvent aussi des abcès dans le bassin, dans les fosses iliaques, derrière l'utérus, dans les ovaires, dans la gaîne des psoas, dans les ligaments larges, dans les parois abdominales, dans le vagin ou dans la grande lèvre. Les faits se présentent par masses à l'appui de cette assertion; nous en avons souvent observé, et dernièrement encore nous en avons rapporté un exemple remarquable, recueilli à la clinique de M. Jobert; la tumeur promenait à l'hypogastre, a côté de la ligne médiane, l'ouverture a fait sortir un litre de pus au moins, bien conditionné. la femme a guéri. Le cas de l'Hôtel-Dieu offre une grande ressemblance avec celui-ci, il s'est déclaré six semaines ou deux mois après l'accouchement; M. Roux s'est haté de l'ouvvir, et tout porte à croire que la terminaison en sera heureuse. S'il est un cas, dit M. Roux, où les abcès doivent être ouverts de très bonne heure, avant même que leur fluctuation soit manifeste, c'est bien celui des abcès des parois abdominales. Ce précepte auquel les anciens attachaient avec raison une si grande importance a été considéré, par quelques modernes, comme exagéré, par la raison, disent-ils, que la phlogose, qui est la source de l'abcès, épaissit la séreuse, en fait une barrière et prévient les épanchements du côté viscéral; par la raison encore, que, d'après la séduisante observation de Hunter, la force organique expulse toujours au dehors les corps étrangers et établit, en même temps, des adhérences préservatrices. Ces raisons seraient sans doute inébranlables si elles étaient constantes; malheureusement cependant les choses ne se passent pas toujours ainsi, et la pratique a montré mainte fois combien les craintes des anciens, d'une perforation de la séreuse, étaient fondées, aussi ne saurait-on pas trop s'attacher à leur précepte de l'ouverture prématurée, recommandée également par M. Roux. Ne voyons nous pas également de temps en temps les grosses artères qui en général s'épaississent par une phlogose des environs de leur gaîne, se perforer au contraire dans certains cas par l'action d'un foyer purulent voisin et donner lieu à des hémorrhagies mortelles? C'est ce que les chirurgiens anglais appellent une suppuration ulcérative. On en trouvera plusieurs exemples remarquables dans ce journal. Les séreuses viscérales se trouvent précisément dans le même cas, et l'on comprend que l'erreur des modernes consiste dans l'exagération de la croyance de l'action épaississante de la phlogose. Delà la nécessité de surveiller soigneusement ces sortes d'abcès, même alors qu'ils ont été ouverts à temps et heureusement, car l'action ulcérative, perforante, pourrait se manifester d'un moment à l'autre et entraîner des accidents formidables.

On se tromperait au reste si l'on croyait que les abcès des parois abdominales entraînaient constamment la formation d'une hernie; la règle est : la guérison sans hernie; le contraire l'exception. Telle est l'opinion que nous avons pu nous former d'après l'étude des faits des hôpinaux. Nous devons ajouter, contrairement à l'opinion de quelques auteurs à cet égard, qu'il n'est même pas constant de voir les grandes plaies suppurantes de l'abdomen être suivies d'une hernie; une femme qui se trouve en ce moment à la Charité (Velpeau) et qui vient d'être opérée d'un polype utérin énorme, présente depuis longues années une large cicatrice au côté gauche et un peu au dessous de l'ombilic, produite par un coup de corne de vache, qui avait fait sortir les intestins au dire de la malade; on n'y remarque cependant aucune trace de hernie.

La conséquence la plus importante qui découle des remarques précédentes, au point de vue thérapeutique, c'est qu'on ne saurait trop se hâter de combattre les douleurs sourdes et persistantes qui se déclarent du côté du bassin, du ventre ou des parois abdominales, chez les nouvelles accouchées, surtout chez les femmes lymphatiques très sujettes à des congestions et dont la grossesse a été pénible par le fait même de ces douleurs circonscrites qui précèdent de longue main la formation de l'abcès. Malheureusement les saignées générales ne sont pas toujours applicables à ces sortes de sujets, comme mesure préventive de la suppuration; et l'on ne peut toujours assez compter sur l'efficacité d'un traitement local. Néanmoins c'est à celui ci qu'il faut s'attacher et le rendre énergique, par des sangsues répétées, des ventouses scarifiées, des fomentations émollientes, des pommades résolutives, etc. L'on ne saurait, dans ces occurrences, attacher trop de prix aux hyposthénisants vasculaires, tels que le sulfate de quinine, le nitrate de potasse, le tartre stibié, donnés par bouche à des doses convenables d'après le degré de tolérance. Les personnes qui ne sont pas au courant de la véritable action dynamique de ces remèdes doivent trouver étrange une pareille prescription; mais ce n'est pas là notre faute! L'avenir dira les services immenses que la chirurgie aura retirés de ces nouvelles données.

Hôtel-Dieu. (M. Chassaignac.)

Accidents par un lavement d'acide sulfurique. — Un homme, âgé de 45 ans environ, était entré à l'Hôtel-Dieu-annexe pour une maladie insignifiante, en mai 1844. On lui prescrivit un lavement de décoction de graines de lin. Par une fatalité déplorable, l'infirmier chargé de donner ce lavement a rempli par mégarde la seringue avec de l'acide sulfurique ; il applique le lavement, mais, heureusement, il s'y est mal pris, a mal dirigé la canule ; de sorte que le liquide sortait de l'anus à mesure qu'il entrait, et se répandait sur la fesse et sur le lit. Le patient s'est bientôt senti brûler, il faisait des efforts pour s'échapper des mains de l'infirmier ; mais celui-ci poussait toujours la seringue, et en dernier lieu une partie du liquide a aussi jailli sur la fesse et la hanche de dessus. Aussitôt, des souffrances atroces ont commencé, des escarrhes énormes se sont formées autour de l'anus et aux deux fesses, surtout à celle de dessous ; le malade a commencé à rendre du sang par l'anus, ce qui s'est continué pendant quelque temps ; il a y eu de la fièvre, et un état de souffrance qui s'est prolongé pendant deux mois. Enfin le malade est sorti, et depuis lors un nouveau genre d'incommodités s'est déclaré chez lui, et l'a empêché de travailler d'une manière suivie ; nous voulons parler de difficultés d'aller à la garde-robe et de douleurs continues dans le rectum. Cet état de choses a emmené la formation d'une fistule stercorale à la fesse, et c'est ce qui l'a déterminé aujourd'hui à entrer dans le service de M. Chassaignac. A l'examen, on trouve une masse énorme de tissu inodulaire autour de l'anus et aux deux fesses. La cicatrice de la fesse gauche, qui est la plus considérable, offre la largeur de la paume de la main ; celle de l'autre fesse est moins considérable, mais elle présente des traînées, véritables queues, qui répondent aux derniers jets du liquide de la seringue. Toutes ces cicatrices sont légèrement jaunâtres, lisses, molles et mobiles. Autour de l'anus, le tissu cicatriciel est épais, ferme, bosselé, coniforme. L'ouverture anale se présente comme un petit pertui au fond d'un infundibulum calleux qui l'environne ; l'entrée du rectum s'offre dans les mêmes conditions que le dehors ; l'on sent, à trois ou quatre centimètres de l'anus, un rétrécissement très considérable, résistant, et qui ne permet même pas l'entrée du bout du doigt. Une fistule stercorale existe à la fesse gauche, à 8 ou 10 centimètres de l'anus ; elle répond sans doute à une perforation du rectum au dessus du rétrécissement. Le malade est pâle, mal portant, faible. Interrogé par nous sur les phénomènes immédiats, nous nous sommes assuré qu'il n'a pas éprouvé de symptômes toxiques. Telles sont les conditions actuelles de ce cas curieux et intéressant ; nous y reviendrons après l'opération, s'il y a lieu.

— On comprend à peine d'abord une erreur aussi déplorable que celle-là dans un établissement public comme nos hôpitaux, où tout doit se faire avec la plus grande surveillance. Comment l'acide sulfurique a-t-il pu se trouver sous la main d'un infirmier, et comment a-t-il pu être confondu avec une décoction ? Il est probable, au reste, que l'infirmier chargé du service n'avait pas une grande habitude de son état, puisqu'il a mal injecté le liquide, et c'est heureusement à sa maladresse que le patient doit d'avoir échappé à un danger mortel.

Hypertrophie des mamelles. — Une jeune personne, âgée de 20 ans, domestique, de bonne constitution, pâle, mais robuste et bien portante, a vu depuis quelques mois ses seins grossir extraordinairement sans cause appréciable. Leur développement est devenu tel qu'ils envahissaient toute la poitrine d'une aisselle à l'autre ; ils descendaient jusque sur le ventre, leur volume est à peu près égal à celui d'une tête d'homme adulte ; leur masse est ferme, élastique, sensible à la pression ; la peau est distendue et amincie, et lorsqu'on les laisse pendre la patiente éprouve des tiraillements fort incommodes ; si on les relève, les aisselles en sont envahies et les mouvements des bras sont gênés et douloureux ; les mamelons sont enfoncés ; les auréoles ne présentent rien de particulier. Le travail hypertrophique existe évidemment dans le tissu graisseux de la mamelle ; mais on ne peut dire si la glande elle-même ne participe aussi à ce travail. Les règles manquent depuis 4 à 5 mois ; mais rien n'autorise une présomption de grossesse. M. Chassaignac a prescrit une compression méthodique et des frictions avec la pommade hydrargiro-ammoniacale dont nous avons donné la formule dans le dernier numéro (8 gm. de sel amm. par 30 gm. de pomm. merc.), ce qui a produit un grand amendement, les douleurs ayant presque disparu, et le volume des mamelles ayant un peu diminué. On continue la compression qu'on exerce à l'aide de longues bandelettes collantes qui entourent en différents sens la poitrine, et qui relèvent en même temps les deux masses mammaires. On ne rencontre pas souvent cette infirmité, et l'on ne trouve pas dans les auteurs de détails assez précis sur sa condition anatomique. Cette femme prend, à ce que nous croyons, l'iodure de potassium intérieurement ; c'est un cas en effet où les médicaments iodés paraissent bien indiqués. On pourrait peut-être trouver une certaine analogie entre cette affection et la scrofule mammaire qu'on rencontre quelquefois chez les jeunes gens du sexe masculin.

Fongus des gaînes des tendons du cou-de-pied. *Cas rare.* — Une jeune femme, âgée de 30 ans environ, de constitution lymphatique, à chairs molles, a été reçue à l'Hôtel-Dieu pour une maladie assez anomale du cou-de-pied du côté droit, datant déjà de plusieurs mois. Dans cette région, on voyait une tumeur oblongue, à base mobile, mollasse, du volume et de la forme des trois premiers doigts de la main, joints ensemble. Cette tumeur était placée verticalement sur le milieu de l'extrémité inférieure de la jambe et de la portion correspondante du dos du pied ; la peau qui la couvre est saine, excepté sur trois points où elle est ulcérée, et laisse passer des fongosités mollasses, d'apparence bénigne ; pas de duretés, pas de douleurs lancinantes. Elle est mobile à la base, nous le répétons, et semble engendrée dans les tendons extenseurs. Les mouvements de l'articulation sont libres, les os intacts partout, pas de suppuration de mauvais caractère, pas de ganglions engorgés dans le membre. Le commémoratif a appris, mais d'une manière vague, que la patiente avait eu autrefois la vérole. La démarche n'est embarrassée que depuis quinze jours. On prescrit un traitement antiphlogistique, des topiques émollients. Quinze jours après, la tumeur avait fait des progrès sensibles, la peau s'est décollée autour des points ulcérés dans une assez grande étendue. Il fallait donc se hâter d'agir, de crainte de

voir le mal envahir l'articulation; mais le cas était obscur, difficile, nouveau. M. Chassaignac a donc désiré s'éclairer des lumières de M. Blandin et de M. Roux, qui ont examiné la malade successivement. Ces deux praticiens ont été d'avis qu'il fallait fendre la peau de la tumeur, en réunissant les points ulcérés dans une seule incision, mettre le mal à découvert et détruire les végétations fongueuses à l'aide du nitrate acide de mercure; mais se tenir prêt au besoin à amputer la jambe. L'opinion de M. Chassaignac avait été à peu près pareille à celle de ces chirurgiens, si ce n'est qu'il penchait à ébarber les fongosités à l'aide de l'instrument tranchant, si la chose eût été possible; dans le cas contraire, amputer. Il a donc fendu aujourd'hui, 19 fév., la tumeur sous nos yeux. Une masse fongueuse s'est présentée, composée de groupes granuleuses, mollasses, cellulo-vasculaires, saignantes, assez analogues aux amygdales hypertrophiées et ramollies. Ces végétations ont été excisées en partie, mais elles étaient profondes et tellement disséminées entre les tendons qu'il a été impossible de les enlever en totalité. Au fond de plusieurs portions excisées, on voyait briller le tissu perlé des tendons. La douleur a été excessive; la plaie s'est trouvée, par le développement du tissu spongieux, élargie dans des dimensions égales aux quatre derniers doigts de la main. Elle a été sur-le-champ cautérisée fortement au moyen du liquide nitro-mercurique. La malade a témoigné d'une souffrance atroce. Ecoulement de sang, malgré la cautérisation. Pansement à plat; fomentations d'eau fraîche.

— Nous ne sachons pas que cette maladie ait été décrite jusqu'ici. Néanmoins elle a été caractérisée de fongus des gaînes des tendons, ce qui ne veut pas dire grand'chose. Les apparences des végétations étaient plutôt celles des fongus simples qu'on observe dans les vieux ulcères des jambes, sur les articulations ulcérées des sujets scrofuleux, que celles du cancer. Cependant M. Chassaignac regarde l'affection comme cancéreuse. Il serait difficile de dire ce que cette maladie deviendra par suite des réactions répétées auxquelles elle est soumise. Il est probable qu'on sera obligé d'en venir à l'amputation de la jambe, ce qui sera d'un enseignement pour l'art, en ce sens qu'on n'aura recours désormais dans les cas pareils qu'à l'amputation primitive, malgré que les os ni l'articulation ne soient intéressés. Il se pourrait dans le cas actuel que la femme succombât avant de pouvoir jouir des avantages de l'amputation; cependant il faut en convenir, il répugne au prime-abord d'abattre un membre pour une affection si minime en apparence. Des considérations de plusieurs ordres et des rapprochements intéressants se présentent à l'occasion de ce fait; l'espace nous manque pour le moment d'entrer dans ces détails; nous reprendrons, dans le prochain numéro, cette importante observation à l'occasion de la terminaison de la maladie.

Hôpital de la Charité (M. VELPEAU).

POLYPE UTÉRIN TRÈS VOLUMINEUX. OPÉRATION DIFFICILE. — Une femme, âgée de 44 ans, couturière, d'assez bonne constitution, mère de deux enfants, dont le dernier date de 22 ans, a été reçue à la clinique dans un état de faiblesse extrême, très pâle, anémique, exsangue par suite d'hémorrhagies utérines répétées qu'elle éprouvait depuis trois ans. L'hypogastre était développé. Le toucher par le vagin fait constater la présence d'un polype énorme descendu dans ce canal; il remplit tellement l'excavation pelvienne, qu'il y est comme enclavé d'une manière inébranlable; le doigt ne peut le contourner, ni atteindre le pédicule, ni explorer le col utérin. Les pertes étant imposantes et le déclin de l'organisme de plus en plus sérieux, on s'est hâté de l'opérer après un court repos à l'hôpital. M. Velpeau s'est expliqué d'avance sur les difficultés qu'il s'attendait à rencontrer, il a pris des mesures en conséquence et agi d'après le plan opératoire suivant.—La patiente a été placée comme pour un accouchement artificiel; le chirurgien fait dilater l'entrée de la vulve et saisit le polype, qui était très bas, à l'aide d'une forte pince de Museux, conduite sur son doigt; il tire, mais le corps fibreux ne descend qu'à peine; il applique une seconde pince pareille à côté de la première, il tire encore, mais c'est inébranlable; il confie l'une des pinces à un aide et il implante un fort crochet, puis il tire avec l'aide sur les trois instruments solidement fixés; le polype reste enclavé et les efforts entraînent plutôt le tronc de la malade. Cependant le corps fibreux s'allonge un peu comme à travers un filtre, il est blanc, perlé, dur, comme cartilagineux. L'opérateur décroche alors les trois érignes et glisse sur les côtés de la tumeur, jusque dans l'excavation pelvienne, les deux branches d'un forceps à accouchement; elles sont articulées et les deux cuillères embrassent parfaitement la tumeur; on tire, on tire encore, droitement, obliquement, circulairement, mais en vain, la tumeur étant incompressible et trop volumineuse pour franchir le détroit inférieur. Vu cette impossibilité, ces résistances, ces efforts infructueux et les souffrances que la patiente accusait, le chirurgien a eu recours à un autre artifice; il a enlevé le forceps et attaqué directement la masse de la tumeur avec le bistouri dans l'intention d'en enlever un segment médian à l'instar d'une tranche de melon (procédé dit par évidement), et de serrer ensuite les côtés pour en diminuer le volume et changer la forme de la masse. Déjà celle-ci était engagée et enclavée en partie dans le cercle pubi-coccygien, l'opérateur a glissé aussi avant que la prudence le permettait un bistouri utérin à manche fixe (lame courbe sur le plat) entre l'arcade pubienne et la tumeur, il a agi sur celle-ci, a coupé doucement, avec difficulté et en garantissant le vagin avec ses doigts; la résistance de la masse fibreuse est considérable, l'instrument criait comme une scie en fendant le tissu morbide; mais enfin une première division est effectuée dans l'étendue de plusieurs centimètres en largeur et en profondeur. Cela a permis de faire avancer un peu la partie antérieure de la tumeur, et par conséquent de faire bailler la fente opérée. Profitant de cette disposition, le chirurgien a glissé dans cette fente son doigt et un bistouri plus commode, en attendant qu'un aide tirait toujours le polype au dehors avec les pinces de Muzeux; il a prolongé l'incision circulairement et fait avancer encore la portion sortie; puis, insistant sur l'action du bistouri, il a gagné de plus en plus de l'espace, il a coupé circulairement une portion supérieure qu'on présumait répondre au pédicule ou plutôt à la base de la végétation; enfin, s'aidant des pinces-érignes, de l'action de ses doigts qui entouraient la masse, des doigts de plusieurs aides qui élargissaient la vulve, et d'une autre main qui comprimait vigoureusement l'hypogastre, la tumeur a franchi petit à petit le détroit inférieur et a bondi au dehors d'un seul trait, comme par l'action d'un vigoureux ressort, à l'instar de la tête d'un fœtus à terme. L'opérateur a reçu la masse entre ses mains; elle s'est trouvée libre de toute adhérence. C'était un véritable boulet un peu oblong, déchiré sur le côté comme une

grenade, par l'action du bistouri; son volume était de moitié plus grand que celui de la tête d'un fœtus à terme. Sa substance était blanche, coriace et ferme comme celle des corps fibreux qui marchent vers la cartilaginification. L'endroit du pédicule, ou plutôt de l'adhérence à l'utérus était indiqué par une marque circulaire de la largeur d'une pièce de cinq francs. La forme globulaire de cette tumeur et son volume (semblable aux deux mains d'un homme adulte, jointes ensemble par les bouts des dix doigts fléchis à angle droit sur la dernière phalange) ont rendu suffisamment compte des difficultés de l'opération, dont la durée a été de 20 minutes environ. La malade n'a perdu que très peu de sang; elle semblait cependant menacée d'une syncope, à cause sans doute de la douleur prolongée et de la faiblesse antérieure. Pour prévenir la syncope, M. Velpeau a fait continuer la compression sur l'abdomen, ce qui a parfaitement réussi. Pendant que cette compression était exercée, le vagin a été tamponné avec des boulettes de charpie, lesquelles ont été soutennes par des compresses et un bandage en T. La patiente a été ramenée à son lit dans un état satisfaisant. — P. S. Les suites de cette opération ont été heureuses.

— On rencontre rarement des polypes utérins aussi volumineux, aussi difficiles à enlever. Par cela même, ce fait est digne de la méditation des chirurgiens, car il est évident que le mal se serait terminé prochainement par la mort sans le secours prompt et énergique de l'art. Il est probable que cette énorme masse fibreuse s'était détachée spontanément de l'utérus et qu'elle était restée libre, quoique enclavée, dans l'escavation pelvienne, depuis un temps indéterminé; car elle était parfaitement énuclée de sa coque utérine, et rien n'indiquait qu'un pédicule réel avait été divisé par l'instrument de l'opérateur, à moins de supposer que ce pédicule fût extrêmement faible et qu'il ait été arraché pendant la manœuvre de torsion que l'opérateur avait exercée sur la tumeur avec le forceps. La ressource de l'évidement que le chirurgien a mise en usage a été d'un si grand secours, que, sans elle, l'extraction de la tumeur eût été impossible. On a dû remarquer, au reste, que cette manœuvre s'est réduite en réalité à une profonde et longue incision qui a permis de changer la forme de la masse morbide et en favoriser l'allongement. M. Velpeau s'était proposé d'inciser au besoin la commissure postérieure de la vulve, mais heureusement on n'a pas dû en venir là. On s'explique au surplus ces difficultés en présence de l'incompressibilité du parenchyme fibreux de la production.

Hôpital Saint-Louis (M. Jobert).

Torticolis. Opération. — Un jeune homme, âgé de 24 ans, menuisier, bien constitué, portait dès l'enfance un torticolis très prononcé à gauche. Les muscles sterno-cléido-mastoïdiens de ce côté étaient excessivement contractés, raccourcis, saillants et durs, surtout le sterno-mastoïdien. Le mouvement rotatoire de gauche à droite de la tête pouvait s'effectuer assez bien, mais la chose était impossible dans le sens contraire, ou du moins le mouvement n'avait lieu que fort incomplétement dans ce sens. La pose naturelle de la face était fort oblique de gauche à droite, c'est-à-dire, les yeux et la bouche, au lieu d'occuper deux lignes horizontales, se trouvaient fort inclinés à gauche et très élevés à droite. Par suite de cette direction anormale de la tête, il s'était produit chez ce jeune homme une altération fort remarquable dans la portion inclinée de la face; la moitié gauche en effet est fort atrophiée comparativement à l'autre moitié, elle est aplatie, maigre, affaissée, tandis que l'autre offre une joue saillante et bien nourrie; les os même de la moitié gauche de la tête, en particulier du front, paraissent aplatis, atrophiques comme les parties molles de la joue. Il est facile de reconnaître au reste que la colonne cervicale est légèrement déviée à gauche. Lorsqu'on saisit la tête avec les deux mains et qu'on essaie de placer la figure dans sa ligne normale, on ne peut y réussir, les tendons des muscles sterno-cléido-mastoïdiens du côté gauche s'y opposant; les tendons de ces muscles sont très raccourcis, se tendent considérablement quand on veut relever la tête. Les yeux et l'ouïe sont en bon état. L'espace compris entre le sommet de l'épaule et la base du cou est beaucoup plus large à gauche qu'à droite, par le fait de l'inclinaison du cou de ce côté. On comprend déjà que le cou et la tête sont non seulement inclinés, mais encore dans un état de rotation forcée. M. Jobert l'a opéré en coupant successivement les deux tendons des muscles sterno-mastoïdien et cléido-mastoïdien, d'après la méthode sous-cutanée. Il a coupé de dehors en dedans et d'avant en arrière, de la manière suivante : A l'aide d'un ténotome pointu, il a percé la peau horizontalement de dehors en dedans, à 3 centim. de distance du tendon sterno-cléido-mastoïdien. Il va sans dire que la peau avait été pincée et soulevée à l'ordinaire. Après cette piqûre, le pli a été abandonné, et l'opérateur a glissé par le même trajet un ténotome boutonné, à plat, et il est arrivé sur le tendon, à 5 ou 6 centim. de son insertion inférieure; il en a alors tourné le tranchant en arrière, et il a coupé le tendon en sciant et en pressant. Un grand choc et un enfoncement instantané ont indiqué la division du tendon; un second coup a divisé une bride profonde et externe. L'opérateur a procédé ensuite de la même manière à la division du second tendon; une seconde piqûre en dehors a donc été faite pour cela; le même choc s'est produit, et, malgré que le tendon ait été divisé, on sentait au fond une nouvelle saillie qui dépendait de la présence d'un des scalènes et qui simulait une seconde bride. L'enfoncement étant complet et franc à la pression du doig, l'opération s'est trouvée terminée. A l'instant, la tête s'est redressée et ses mouvements sont devenus libres et étendus, mais le cou offrait toujours une certaine apparence irrégulière dépendant sans doute de l'état vicieux de la colonne vertébrale. On a bouché les petites piqûres à l'aide de deux larges plaques de diachylon, d'une compresse et d'une bande. On a ensuite appliqué à la tête et au dos un appareil orthopédique dit la Minerve. Nous rendrons compte des suites de cette opération.

— Il s'agit, comme on le voit, d'une opération délicate, bien qu'elle ne soit pas bien difficile, et l'on comprend à peine qu'un administrateur, étranger à la chirurgie, ait employé son influence pour sacrifier les intérêts de la pratique des hôpitaux, en introduisant dans ces établissements, de ses satellites, voués à à ces sortes d'opérations, au détriment de l'art. Comment supposer, en effet, bien faite une opération aussi délicate, aussi importante, entre les mains de chirurgiens bâtards? Il faut donc remonter aux véritables principes que le chirurgien seul, qui exerce toutes les branches de la chirurgie, connaît à fond, pour exécu-

ter convenablement la section de ces tendons. Aussi, est-ce avec une véritable satisfaction qu'on voit depuis quelque temps rentrer dans la chirurgie commune les opérations les plus importantes de l'orthopédie. Dans le fait ci-dessus, la circonstance la plus remarquable c'est l'atrophie de la moitié de la face et du crâne. Cette dissimétrie ne s'explique pas d'une manière satifaisante dans l'état actuel des connaissances, et il est plus remarquable encore que le seul rétablissement de la rectitude de la tête suffise pour faire disparaître un pareil défaut, ainsi que cela a été observé l'année dernière sur une jeune personne que M. Jobert a guérie par la même méthode. Nous avons vu dernièrement à l'Hôtel-Dieu un cas de torticolis non dépendant de la rétraction du muscle sterno-cléido-mastoïdien, et que M. Blandin a guéri à l'aide d'un simple appareil orthopédique fabriqué par M. Charrière. Nous reviendrons sur ces faits.

Hypertrophie tuberculeuse du col utérin.—Parmi les nombreuses femmes atteintes d'affections utérines, qu'on voit continuellement dans la salle que M. Jobert a consacrée à ces sortes de maladies si communes et si graves, nous avons observé dernièrement deux cas intéressants, surtout par la forme, d'hypertrophie du col. Cette partie offrait l'apparence de certaines pommes dites de rénette, à surface tuberculeuse et chagrinée, et présentait sur plusieurs de ces tubérosités, grosses comme des noisettes, des taches rouges, évidemment hémorrhagiques. Comme la maladie s'accompagnait de pertes sanguines, il est probable que le sang émanait de ces points plutôt que de l'intérieur de l'organe. M. Jobert appelle cette maladie : tuberculisation du col utérin, et il ne la confond pas avec une autre affection beaucoup plus rare, et qui consiste dans la présence de véritables tubercules scrofuleux dans le col. Chez l'une des femmes auxquelles nous faisons allusion, la maladie s'accompagnait d'ulcérations en même temps. Toutes les deux ont fait des enfants ; mais ce n'est que plusieurs années après que le mal utérin s'est déclaré ; elles sont encore jeunes, n'avaient jamais eu de fleurs blanches, si ce n'est depuis deux ans seulement. L'une de ces femmes nous a assuré que son affection ne s'est déclarée qu'aussitôt après une dyssenterie grave pour laquelle elle avait été traitée à la Charité pendant trois mois. Il n'est aucunement douteux que l'hypertrophie tuberculeuse ne soit au fond que le résultat d'une phlogose chronique. Telle est aussi l'opinion de M. Jobert. Ces deux femmes ont été traitées à l'aide du fer incandescent. L'une est guérie après la quatrième cautérisation (un mois de traitement à peu près); l'autre vient de subir la seconde ustion, et elle est déjà grandement améliorée. Le premier effet du caustique a été d'arrêter l'hémorrhagie, les fleurs blanches et les douleurs ; bientôt après, la tumeur a diminué de volume, a blanchi, et le col est devenu mobile et indolore au toucher ; les ulcères se sont cicatrisés les premiers. Ces femmes, comme toutes les autres au reste, ont si peu averti l'action du fer incandescent que l'une d'elles a continué à causer avec nous au moment où on la brûlait, sans s'apercevoir de l'action cautérisante. On se doutait à peine, avant ces expériences journalières, si remarquables sous tant de rapports, qu'il y eût dans l'organisme de la femme une partie aussi importante qui fût tout à fait insensible au fer et au feu ! Cela ne peut être cru peut-être par les personnes qui n'ont pas été témoins de ces faits ; cela est cependant.

Hôtel-Dieu (M. Roux).

Fistules a la joue. — Les abcès fistuleux de la joue se rattachent ordinairement, comme on sait, à une maladie dentaire. L'affection débute par une phlogose de la gensive, laquelle se propage, par continuité de tissu, sur la joue; cette partie devient le centre d'une fluxion irradiative et d'un travail suppuratif, dont le foyer est plus ou moins éloigné de la dent malade. Que celle-ci soit ou non enlevée, le foyer purulent n'exige pas moins un traitement à part. Ordinairement, les malades abandonnent l'abcès à la nature, et souvent il arrive qu'il dégénère en fistule. C'est que la nature n'ouvre l'abcès que tardivement, elle ne l'ouvre que dans son centre, vers le point culminant de la tumeur et par une ouverture très petite; le pus ne s'écoule que difficilement, incomplètement, la peau se décolle, s'amincit, et la fistule persiste éternellement si l'art n'intervient efficacement. On comprend que, dès cette époque, la fistule est indépendante de la maladie dentaire; la dent malade peut être enlevée, et la fistule n'en persiste pas moins, par la raison qu'elle est entretenue par le décollement de la peau. Vous avez beau comprimer, cautériser le trajet, injecter des liquides irritants, la peau est amaigrie, inapte à bourgeonner; il faut l'exciser complètement et mettre tout le foyer à découvert pour en obtenir la guérison. Tels sont les principes que M. Roux vient de professer à l'occasion d'un malade qui se trouvait dans ce cas et qu'il a opéré à la clinique. Il s'agit d'un homme, âgé d'une quarantaine d'années, qui portait une fistule cutanée depuis trois à quatre mois, à la joue du côté gauche, à peu de distance du lobe de l'oreille ; la peau était décollée dans l'étendue de quatre à cinq cent. carrés (un pouce et demi). La fluxion qui avait occasionné l'abcès cutané se rattachait à une maladie dentaire. M. Roux a fendu, à l'aide d'une sonde cannelée et d'un bistouri droit, le foyer en croix, suivant ses deux grands diamètres, puis il a excisé les quatre lambeaux, jusqu'à la dernière limite du décollement, ainsi qu'il le pratique habituellement dans l'opération de la fistule à l'anus. Il en est résulté une plaie saignante, d'une largeur égale à celle du foyer et qu'on a pansée à plat comme une plaie simple qui doit suppurer. La guérison ne peut tarder plus de 15 à 20 jours à s'accomplir par cette méthode de l'excision ; mais on doit tenir compte de la douleur et surtout de la cicatrice consécutive que ce mode opératoire entraîne inévitablement. On peut se demander si la seule incision cruciale et un pansement par rembourrement ne suffiraient pas quelquefois pour la guérison, ainsique cela a lieu pour certaines fistules à l'anus.

— M. Roux pose comme un précepte de rigueur d'ouvrir de bonne heure et largement, avec le bistouri, ces sortes d'abcès qui se forment si souvent à la joue; c'est le moyen de prévenir une infirmité fâcheuse dont la guérison exige plus tard des sacrifices d'une valeur réelle, tandis que l'incision primitive ne laisse

qu'une petite cicatrice linéaire sans importance. Il ne faut pas confondre néanmoins les fistules cutanées dont nous venons de parler avec les fistules réellement dentaires, c'est-à-dire qui ont, au fond de leur trajet, une racine dentaire nécrosée qui les entretient à l'instar des fistules nécrosiques des membres. L'excision du trajet ne guérit pas la maladie dans ce cas, tandis que l'avulsion de la dent malade suffit souvent pour permettre au trajet de s'oblitérer et à la fistule de guérir spontanément. C'est donc par cette avulsion que le traitement doit toujours commencer. Il est néanmoins des cas de ce genre où le mal est compliqué d'adhérences de la joue à la gensive et dont la guérison est difficile; nous avons dernièrement rencontré deux cas de cette dernière catégorie.

Hôpital de la Charité (M. Gerdy).

Fracture du col anatomique de l'humérus. *Appareil nouveau.* — Un jeune homme, âgé d'une vingtaine d'années, est tombé d'une échelle sur le moignon de l'épaule du côté droit; il s'est fracturé le col anatomique de l'humérus très obliquement; le chevauchement était considérable; le bout supérieur du fragment inférieur était remonté en haut et en dedans, et était très sensible dans le creux axillaire. La réduction a été facile, mais le maintient des fragments a offert les plus grandes difficultés. M. Gerdy a essayé tous les appareils d'usage; les choses semblaient bien aller d'abord, mais bientôt après le chevauchement se reproduisait dans l'étendue de plus de huit centimètres (deux à trois pouces). Dès lors, M. Gerdy eut l'idée de pratiquer l'extension continue à l'aide de l'attèle fémorale de Desault. A cet effet, il a fait construire une attèle en bois, plus longue que tout le membre, échancrée en croissant à son extrémité digitale, et fenêtrée, à l'aide d'une mortaise carrée, à quelques centimètres au dessus de cette extrémité. A l'autre extrémité (extrémité axillaire), il a appliqué un gros tampon de coton dans le double but de servir de coussinet axillaire, propre à faire saillir l'épaule en haut et en dehors et à maintenir les fragments, et à servir de point d'appui ou d'arc-boutant à l'action de l'attèle dans le creux de l'aisselle. Le membre a été réduit et bandé à l'ordinaire; une petite attèle a été placée en dehors; on a mis la grande attèle en dedans, et l'on a appliqué le coussinet de manière à ne presser que contre le bord antérieur de l'aisselle et à éviter les vaisseaux et les nerfs. Ces attèles étant fixées par une bande, on a, en dernier lieu, appliqué une bande à double chef dans le milieu du membre et qu'on a fait descendre jusqu'auprès de la fenêtre de la grande attèle; l'un des chefs a été passé à travers cette mortaise et est venu rencontrer l'autre dans l'échancrure inférieure où ils ont été noués contre le bout échancré de l'attèle elle-même. On comprend qu'en nouant ainsi les deux chefs de la bande on a exercé une double force permanente, sur le bras, de haut en bas, et sur l'attèle de bas en haut, ce qui fixe le fragment inférieur sur le point où l'avait placé la réduction. Cet appareil a été parfaitement toléré, et il a été le seul qui ait bien maintenu les parties réduites. Le malade est en bonne voie de guérison.

— Il faut en convenir, dans l'état actuel de l'art, la fracture du col anatomique de l'humérus est celle qu'on guérit le moins bien parmi toutes les fractures, si l'on en excepte celle du col du fémur. Il faut ajouter néanmoins qu'il est rare de rencontrer une fracture de ce genre aussi rebelle que celle du cas précédent. Le chevauchement était tel que, sans la nouvelle ressource employée par M. Gerdy, les suites de la lésion eussent été fâcheuses. Il n'y a pas à la rigueur invention fondamentale dans l'appareil que nous venons de décrire, puisqu'il existait déjà, quoiqu'oublié, pour la cuisse; mais il y a application nouvelle et heureuse, ce qui équivaut, ou même vaut mieux, qu'une richesse de plus dans notre arsenal. On était en vérité dans l'embarras quand il s'agissait d'exercer une extension continue sur le bras; l'attèle de Desault remplit parfaitement le but, et son organisation est si simple, si facile, qu'elle peut s'obtenir partout, chez le pauvre comme chez le riche. Il y a donc là un véritable service rendu à la pratique.

Hôtel-Dieu (M. Blandin).

Abcès difficile au pli du bras. — Un jeune homme venait de subir l'opération de la castration; le testicule opéré était descendu tardivement de l'abdomen et s'était arrêté dans le trajet inguinal où il avait occasionné divers accidents, des nevralgies ilio-lombaires, une hydrocèle dans le même trajet, et enfin il paraissait lui-même en voie de dégénérescence. Cette opération a été, comme on le conçoit, délicate et pouvait occasionner des accidents du côté du ventre dont il a fallu se mettre en garde. Le patient a donc été saigné au bras droit; la piqûre s'est enflammée, un phlegmon grave et profond s'est déclaré sur ce point, le gonflement était considérable, les rapports naturels des parties n'étaient plus reconnaissables. Un abcès profond cependant s'était formé, le malade souffrait beaucoup, tout le membre était gonflé, les pulsations de l'artère n'étaient pas sensibles, et pourtant la fluctuation n'était manifeste qu'au pli du bras, en dedans, précisément à l'endroit où l'artère pouvait se trouver. Il fallait cependant se hâter à ouvrir l'abcès sous peine de voir des accidents graves se déclarer. M. Blandin a tracé idéalement le trajet probable que l'artère devait parcourir au milieu de ces tissus énormément gonflés et déformés; il a ensuite incisé par petits coups, à l'aide d'un bistouri à tranchant convexe, la peau, le tissu cellulaire sous cutané, sur le point fluctuant jusqu'à l'aponévrose; il a alors quitté le bistouri et fait usage d'une sonde mousse, cannelée, à l'aide de laquelle il a déchiré les tissus, comme s'il voulait découvrir une artère, et l'instrument est tombé dans le foyer, ce qui a donné issue à un flot énorme de pus bien lié; le malade a été soulagé. La fluctuation de cet abcès était très obscure et ce qui a fait naître la présomption de son existence, c'est un œdème qui existait à la peau du milieu des parties phlegmonisées. Ce caractère des suppurations profondes, signalé pour la première fois par J.-L. Petit, ne saurait être trop rappelé. Le précepte de n'ouvrir l'abcès que par petits coups, et de faire ensuite usage de la sonde mousse pour arriver

au foyer, est important et se trouve déjà, comme on sait, généralement appliqué aux abcès profonds du cou.

RÉSECTION DE LA MACHOIRE INFÉRIEURE. *Circonstances intéressantes.* — Dans les numéros de juillet et septembre derniers, pages 142 et 228, nous avons rapporté, avec de grands détails, un cas d'amputation des trois quarts de la mâchoire inférieure, que M. Blandin venait de pratiquer sur une femme de la campagne, et dont la vaste plaie avait guéri par première intention. Aujourd'hui, cette femme est revenue à l'Hôtel-Dieu pour être débarrassée d'un point de nécrose qui s'est déclaré dans un des angles de la cicatrice et qui n'offre rien de sérieux. Nous avons été bien aise de pouvoir réexaminer cette femme et de nous enquérir du procédé qu'avait suivi la nature pour remplacer l'os enlevé. Rappeons d'abord que l'opérateur avait excisé la presque totalité de la moitié de l'os d'un côté, toute la portion mentonnière et une partie de l'autre moitié. La brèche avait donc été énorme. La parole était déjà considérablement bredouillée avant l'opération par le fait même du gonflement, et après l'opération la prononciation était restée également très embrouillée par le manque d'une quantité aussi considérable de la mâchoire; la salive elle-même s'écoulait en partie lorsque la patiente voulait parler. Aujourd'hui, tous ces défauts ont disparu, la lèvre est remontée, la parole est libre et claire, la salive est conservée et la mastication s'exécute parfaitement à la faveur d'un tissu cicatriciel extrêmement fort et dur qui remplace l'os enlevé et qui a pris la forme circulaire. Au toucher, du côté de la bouche, ce tissu rappelle le bord alvéolaire induré des vieillards qui ont perdu les dents. La figure est un peu raccourcie comme après la perte des dents et l'atrophie sénile de la mâchoire; mais cela n'a rien de choquant et l'on aurait de la peine au premier coup d'œil à deviner que cette femme a subi une pareille opération. Ainsi donc il est évident que la nature répare l'os excisé par un nouveau tissu qui en remplit les fonctions, qui fournit une attache convenable aux muscles et assez de résistance pour redonner à la partie correspondante de la figure la forme presque naturelle, et permettre en outre l'exercice de la mastication et de la parole. Il y a, sous ce rapport, ressemblance parfaite entre ce travail à la mâchoire et celui de la région claviculaire dont nous allons parler. Il est même probable que le nouveau tissu pourra s'ossifier à la longue. Nous ne sachons pas que les auteurs aient signalé les suites éloignées de ces grandes ablations osseuses.

EXTIRPATION DE LA TOTALITÉ DE LA CLAVICULE. GUÉRISON. — Il y a quelques mois, nous avons parlé (nov., p. 307) d'une résection de la clavicule que M. Blandin venait de pratiquer. On se rappelle que la portion nécrosée n'avait pu être enlevée en totalité et qu'on avait dû abandonner à l'exfoliation spontanée quelques restes de la maladie. Le travail nécrosique cependant a continué à faire des progrès, et quelque temps après, on a été obligé d'en venir à une seconde opération. M. Blandin ne comptait cette fois que compléter sa résection primitive en reportant l'instrument sur les dernières limites de la nécrose; il a donc pratiqué d'abord une incision cruciale qui a mis à découvert les deux tiers moyens de la clavicule, il a scié verticalement cet os à 4 centimèt. de l'articulation sterno-claviculaire. S'étant alors aperçu que le mal était très étendu, il a prolongé l'incision horizontale en dehors et mis à découvert la clavicule jusqu'à l'articulation scapulo-claviculaire, il a coupé les ligaments correspondants, et en soulevant l'os par le point scié, il a fini par enlever complétement le fragment externe; il en a fait autant du fragment interne, et la clavicule s'est trouvée extirpée en totalité. A peine quelques vaisseaux peu importants ont dû être liés; les gros vaisseaux et les nerfs de la région se trouvaient matelassés en quelque sorte par le travail plastique provoqué par la maladie. Il en est résulté une plaie suppurante, étendue de l'épaule au sternum. La guérison s'est effectuée sans accident. Aujourd'hui, troisième mois de l'opération, le malade commence à se servir de son membre, il peut l'élever vers la tête, mais on ne peut dire jusqu'à quel point ces mouvements acquéreront de l'étendue. En examinant attentivement l'épaule, il est facile de reconnaître que le moignon de ce côté est plus rapproché de la racine du cou que celui du côté opposé, mais la différence n'est pas très grande. Une mesure prise de la pointe de l'acromion à la fossette sternale marque deux centimètres de moins de ce côté. L'espace sterno-claviculaire se trouve donc retréci; mais cela n'endommagera probablement pas sérieusement les fonctions de l'épaule et du bras. Ce qu'il importe de faire remarquer et qui rassure à cet égard, c'est que l'espace autrefois occupé par la clavicule se trouve aujourd'hui envahi par un tissu cicatriciel, ferme, dur, résistant comme un os, facile à apprécier par le toucher. Ce tissu deviendra sans doute de plus en plus solide et remplacera jusqu'à un certain point les fonctions de la clavicule.

PROPOSITIONS CLINIQUES.

—

COXALGIE. — La maladie de l'articulation coxo-fémorale, qu'on appelle coxalgie, n'est très souvent qu'une véritable tumeur blanche, une arthrocace ordinaire, pour laquelle les cautères et les moxas, qu'on prescrit ordinairement, sont parfaitement inutiles. Dans deux autopsies de ce genre auxquelles nous avons assisté dernièrement, l'une à la Charité (Velpeau), l'autre à Beaujon (Robert), il a été facile de voir que rien de pareil à ce que les auteurs ont décrit sous le nom d'hydrarthrose n'existait, et que tout était semblable aux tumeurs blanches articulaires. Des abcès existaient autour de l'articulation, provenant de l'intérieur de la capsule déchirée, le pus avait filé en bas et en dedans, en arrière et en haut; le ligament intra-capsulaire était entier, mais la tête fémorale était érosée sur sa calotte, ainsi que la surface de la cavité cotyloïde; le cartilage articulaire était ramolli et détaché comme une véritable membrane séreuse un peu épaisse; le fond de la cavité, fort aminci et ramolli dans un cas, perforé dans l'autre, donnait passage au pus dans le bassin; ce pus filait vers la fosse iliaque interne. Que peuvent-ils les cautères et la prétendue révulsion en présence de semblables conditions, même alors que le mal est encore à son début? Il est clair qu'en origine l'affection doit être encore à l'état dynamique, et que c'est alors surtout que le repos au lit avec l'immobilité forcée à l'aide de lacqs, ainsi que le fait M. Blandin, et les remèdes antiphlogistiques généraux et

locaux, peuvent s'opposer à cette marche désastreuse, à ces altérations mécanico-dynamiques irrémédiables. Sans doute que tout cela est connu, mais les auteurs persistent cependant à ne décrire la coxalgie que comme une sorte d'hydrarthrose, ce qui est inexact.

Infiltrations urinaires. — Dans les infiltrations d'urine dans les bourses, par suite de rupture de l'urètre, M. Chassaignac établit trois ordres d'incisions pour faciliter les écoulements purulents et prévenir les résorptions mortelles, si fréquentes en pareils cas. D'une part, il fend le scrotum d'avant en arrière dans plusieurs endroits, de manière à le convertir en une sorte de livre à feuillets ouverts; de l'autre, il fend le périnée comme dans une opération de taille, jusqu'au delà du fascia superficiel. Un dernier ordre d'incisions enfin est pratiqué aux aines, à des profondeurs variables. Par ces trois catégories de débridements, M. Chassaignac croit pouvoir arrêter la marche progressive de l'infiltration et mettre ainsi la nature en état de travailler avec succès à l'élimination du tissu cellulaire mortifié par le contact de l'urine. Un malade, qui est en ce moment à l'Hôtel-Dieu, a été sauvé de la sorte, des conséquences formidables d'une infiltration générale qu'il présentait au périnée, aux bourses et à l'hypogastre. Il ne faut pas se dissimuler cependant que ces incisions multiples, déjà indiquées par les auteurs, sont elles-mêmes très graves. Ce qui appartient à M. Chassaignac, c'est la manière méthodique de les pratiquer.

Ponction utérine. — La ponction qu'on pratique à l'utérus pour procurer l'évacuation du sang menstruel retenu à l'occasion de l'obturation immédiate du museau de tanche, ne s'oblitère pas toujours : assez souvent, elle reste béante et remplit consécutivement les fonctions du col utérin. Une femme, atteinte de fistule vésico-vaginale et d'oblitération du col, à laquelle M. Jobert a pratiqué dernièrement la ponction de l'utérus à travers la fistule elle-même, a présenté ceci de remarquable, que la première ponction s'est oblitérée, tandis qu'une seconde, qu'on a dû pratiquer au retour des règles, est restée béante, et depuis lors les menstrues ont coulé librement par cette ouverture. Le même phénomène s'est présenté chez une autre femme opérée en ville par le même chirurgien.

Épididymite. — D'après M. Blandin, il est de rigueur de n'appliquer qu'à l'aine et jamais au scrotum les sangsues pour combattre une épididymite (chaude-pisse tombée dans les bourses), par la raison qu'au scrotum ces annelidés produisent des ecchymoses fâcheuses qui se terminent quelquefois par la mortification des bourses. M. Blandin cite un exemple de cette terminaison dans sa pratique. Une autre raison non moins importante, c'est que le mal suit le trajet du canal éjaculateur et passe par le bassin pour gagner l'épididyme; il descend donc par l'aine, et c'est là qu'il est le plus utile de l'attaquer.

Gale. — D'après M Blandin, un traitement expéditif et sûr de la gale, et qu'il a adopté à l'Hôtel-Dieu, consiste dans l'usage des bains sulfureux et du liniment de Jadelot. Un galeux qui est en ce moment à sa clinique pour une autre maladie a été débarrassé en peu de jours de la gale à l'aide de ce traitement. On sait que le liniment de Jadelot se prescrit à la dose de 30 grammes (une once) par jour, et doit se frictionner sur tous les points couverts de boutons; il se compose de quatre éléments, savoir : sulfure de potasse, 64 gm. (2 onces), savon blanc du commerce, 1 kilog. (2 liv.), huile volatile de thym, 8 gm. (2 gros), huile de pavot, 2 kilog. (4 livres). Il suffira de prescrire tout simplement : liniment de Jadelot, pour que le pharmacien l'exécute, la formule étant généralement connue. Cette formule au reste peut être simplifiée et rendue plus économique sans rien enlever à son efficacité, le principe véritablement acaricide étant le sulfure de potasse. Nous devons rappeler une formule beaucoup plus simple et d'une grande efficacité, adoptée par les hôpitaux militaires et que nous avons donnée il y a quelques mois.

Tumeurs ganglionnaires. — D'après M. Velpeau, un excellent moyen d'attaquer les tumeurs ganglionnaires (ganglions lymphatiques hypertrophiés et irrésolubles), c'est de les couvrir d'une couche de pâte de chlorure de zinc, qu'on répète au besoin jusqu'à destruction complète. Dans un cas qu'il a traité de la sorte dernièrement, une seule application a suffi pour faire détacher un ganglion du volume d'un œuf; la tumeur est tombée comme un fruit mûr, et pourtant le caustique n'avait été appliqué qu'au sommet. Il en est résulté une plaie creuse, profonde, comme si le caustique eût agi à distance par absorption ou par sa seule puissance dynamique qui aurait entraîné la mortification de l'atmosphère cellulaire qui entourait la tumeur. Le caustique en question offre le précieux avantage de borner son action dans la ligne que lui trace le chirurgien et de ne pas léser par conséquent des parties adjacentes qu'on veut respecter.

BULLETIN OPHTHALMOLOGIQUE

DES HOPITAUX.

Etiologie de l'anchilops. — (M. Roux.) A l'occasion d'une malade, qu'il venait d'opérer de la fistule lacrymale, M. Roux s'est livré à quelques considérations intéressantes sur l'anchilops, sorte d'abcès, qui se forme souvent au devant du sac lacrymal, accompagne parfois la tumeur lacrymale ou précède la formation de la fistule de ce nom. On sait que lorsqu'une cause quelconque a enflammé chroniquement, épaissi, coarcté le syphon lacrymal, en particulier le canal nasal, et que les larmes, plus ou moins mêlées de muco-pus, se sont accumulées dans le sac, la tumeur, après avoir été vidée un certain nombre de fois, augmente de plus en plus et elle finit par déterminer une fluxion phlegmoneuse à la face; cette fluxion se termine par un abcès au devant du sac : c'est l'anchilops. Cet abcès se vide et s'oblitère assez souvent, la fluxion disparaît; mais quelque temps après, les mêmes phénomènes se reproduisent une ou plusieurs fois jusqu'à ce qu'enfin le sac se perfore d'une manière permanente, et la fistule lacrymale se déclare. Quelquefois la fistule se forme après la première fluxion; dans d'autres cas, il s'établit pendant quelque temps une fistule cutanée au devant du sac (fistule lacrymale fausse). Ce mode pathogénique n'est pas le seul que la nature emploie pour la formation de la fistule lacrymale, puisque le sac se perfore assez souvent de dedans en dehors par un travail de phlogose suppurante, ulcérative, et sans fluxion préalable à la joue. Pour expliquer cette fluxion et la formation répétée de l'anchilops, M. Roux a avancé une théorie ingénieuse que voici : L'anatomie apprend qu'une portion de la paroi antérieure du sac lacrymal est tout à fait sous-cutanée, non couverte par la portion réfléchie du tendon ou de l'aponevrose du muscle orbiculaire de paupières. Entre les deux portions tendi-

neuses de ce muscle existe un espace vide dans lequel la muqueuse du sac se trouve à nu, et peut se dilater plus qu'ailleurs, aucune autre résistance que celle de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané ne s'y rencontrant. C'est là, en effet, vers cet espace, que le sac se dilate outre mesure par l'obstruction du canal nasal. Par suite de cette dilatation progressive, un moment arrive où la muqueuse s'éraille à peine, à l'instar de la muqueuse génitale dans le rétrécissement de l'urètre, et laisse échapper quelques gouttelettes de larmes dans tissu cellulaire sous-cutané. Ces larmes deviennent la source d'une réaction fluxionnaire et d'un abces anchilopsique, phénomène qui peut se répéter sous l'influence de la même cause. Et c'est encore là un nouveau point de ressemblance entre les voies lacrymales et les voies urinaires, puisqu'on voit pareillement des petits abcès urineux se former à plusieurs reprises autour des points rétrécis de l'urètre, par suite d'une éraillure capillaire de la muqueuse et d'une filtration plus ou moins abondante du liquide vésicale. Qu'un petit épanchement de larmes soit susceptible de produire cet effet, on ne peut en douter, puisque nous voyons que la salive, liquide beaucoup plus innocent, moins irritant que les larmes, qui s'épanche par une cause quelconque autour du conduit de Stenon ou des glandes sous-maxillaires donner également naissance à des abcès plus ou moins étendus. (Suit une sortie contre les oculistes exclusifs, sorte de spécialistes, nichés dans la coque sclérotidienne, à vues étroites, mesquines, et ignorant les grandes ressources analogiques fournies par l'exercice des autres branches de notre art, lesquelles peuvent seules donner à l'oculistique le développement scientifique dont elle est susceptible).

Kératite chronique. Vésicatoire sur les paupières (M. Velpeau). — On sait que dans plusieurs ophthalmies chroniques M. Velpeau applique, à l'exemple d'une ancienne pratique anglaise, des vésicatoires volants sur l'œil lui-même, ou plutôt sur les deux paupières, de manière à embrasser à la fois dans l'emplâtre cantharidé ces deux voiles membraneux, depuis leur base jusqu'à leur bord libre inclusivement. Les paupières sont fermées au moment de cette application, de sorte que la cornée est garantie par elles de l'action caustique immédiate de la cantharide. Il s'en suit un effet dynamique hyposthénisant sur le globe lui-même ; et les malades s'en trouvent bien généralement. Une jeune femme, atteinte de kératite chronique grave à gauche, avec kératomalacie (ramollissement) et menace de staphylome, est en ce moment traitée de la sorte à la clinique ; elle s'en est assez bien trouvée ; la photophobie était en effet moins prononcée le lendemain du vésicatoire, et les douleurs périorbitaires étaient moindres. Le pansement de ce vésicatoire bipalpébral se fait tout simplement à l'aide d'un rond de papier brouillard, couvert de cérat, de la largeur de la base de l'orbide et couvrant l'œil comme un tampon. Les larmes cependant finissent par ramollir le papier, et celui-ci se déchire dans la direction de la fente palpébrale; de sorte que le lendemain le malade peut ouvrir l'œil avant d'être repansé. Cette pratique est réellement utile, et elle n'empêche pas de faire autre chose au besoin. Quelleque soit au reste la doctrine qu'on adopte sur l'action de ce moyen, soit celle de la révulsion, soit celle du dynamisme, toujours est-il que, pour en obtenir un bon effet, il est essentiel que le vésicatoire soit cantharidé. Il va sans dire au reste qu'on ne doit y avoir recours que dans les seuls cas d'affections hypersthéniques (ophthalmies chroniques, congestions choroïdiennes, etc.)

Iritis. Remarques pratiques (M. Velpeau). — A l'occasion d'un étudiant en médecine, couché dans une des salles de la clinique pour une iritis assez intense, M. Velpeau a fait les remarques suivantes. Ce jeune homme avait déjà été guéri de la même affection, il y a une quinzaine de jours; le mal est revenu, et M. Velpeau ne doute point que sa nature ne fût syphilitique. Il l'a donc soumis à un traitement antivénérien, à l'aide de deux pilules par jour de protoiodure de mercure, d'un centig. chaque (1/5 de grain); l'amélioration a été presqu'instantanée. Il y a, dit-il, cette différence entre l'iritis syphilitique et l'iritis franchement inflammatoire : c'est que la première s'améliore promptement et guérit dans l'espace de six semaines à deux mois sous l'influence du proto-iodure de mercure à petites doses, comme toute autre maladie syphilitique ; tandis qu'elle n'obéit nullement, ou qu'à peine, à l'action du calomel; la seconde, au contraire, se laisse aisément combattre par le calomel et résiste opiniâtrement au proto-iodure. C'est là, ajoute M. Velpeau, un fait clinique facile à vérifier et que les oculistes exclusifs ont méconnu, par suite de leurs idées préconçues sur les iritis qu'ils croient syphilitiques, uniquement parce que la déformation de la pupille s'effectue dans tel ou tel sens, ce qui est absurde. Ils se trompent également en déduisant la nature syphilitique de la maladie des bons effets du calomel. L'observation de M. Velpeau peut être exacte comme fait général; on peut cependant se demander si l'iritis était réellement syphilitique chez le jeune étudiant en question, et si son mal n'aurait pas cédé à d'autres remèdes qu'au protoiodure de mercure. Au reste, on comprend assez, même théoriquement, la distinction ci-dessus, puisque l'action élective du proto-iodure de mercure est différente de celle du calomel ; la première porte en effet sur le système lymphatique, siège probable de la phlogose spécifique, syphilitique ; tandis que l'action élective du calomel paraît porter plus particulièrement sur le système artériel ; les deux actions cependant sont de même nature au fond, bien qu'à des degrés différents ; l'une et l'autre hyposthénisent plus ou moins l'économie, etc.

Blessure de la cornée. *Procidence irienne. Traitement sans cautérisation et sans belladone* (M. Jobert). — Une jeune femme, marchande de volaille, voulant couper le cou à une oie, s'est blessée à l'œil gauche avec la pointe d'un mauvais couteau. La cornée a été fendue inférieurement dans l'étendue d'un à deux millimètres, près de la sclérotique. A son entrée à l'hôpital, la patiente a présenté l'état suivant : œil très injecté, conjonctivite chémosique, photophobie intense, un tampon muco-fibrineux bouche la brèche horizontale de la cornée, la pupille est un peu dilatée et légèrement allongée dans le sens de la blessure, ce qui fait présumer que l'iris s'y est engagé légèrement. M. Jobert a appliqué force sangsues à la tempe, pendant plusieurs jours de suite, et un collyre émollient, légèrement opiacé,

pour tout topique. La photophobie est promptement tombée, le chémosis s'est affaissé et a pris une teinte légèrement jaunâtre. On a pu alors examiner plus en détail l'état de la blessure; le tampon muco-albumineux est tombé, et la procidence irienne s'est montrée plus nettement; cette procidence est oblongue et aplatie, la pupille est un peu élargie et allongée carrément inférieurement, un très léger nuage s'observe sur la cristalloïde; la vision n'est point éteinte, mais elle a perdu de sa netteté. La résolution de la phlogose s'opère de jour en jour, et la procidence s'émousse et s'atrophie.

— Le précepte était autrefois, dans ces cas, de cautériser la procidence et de l'y fixer à l'aide de la pierre infernale (Scarpa). Cette pratique que nous avions adoptée nous-même est peu favorable, elle augmente l'irritation et la phlogose, procure une douleur atroce, et, en définitive, les malades ne guérissent pas plus vite ni mieux que quand on emploie la seule méthode antiphlogistique. L'eau froide et la belladone, *intus et extra*, rendent dans ces cas de véritables services. M. Riberi a prouvé que même dans une époque éloignée de l'accident, alors que la procidence a déjà acquis des adhérences, la belladone fait diminuer la tumeur en déterminant la contraction de l'iris; c'est que les adhérences restent faibles pendant longtemps. Nous avons eu plus d'une fois l'occasion de vérifier l'exactitude de l'observation du clinicien de Turin; aussi ne saurions-nous trop recommander cette pratique. Le fait de M. Jobert prouve déjà tout l'avantage qu'on peut retirer dans ces occurences de la seule médication antiphlogistique énergique.

Iritis; *par M. France, chirurgien à Guy's hospital.* — L'auteur vient de publier dans le *Guy's hospital reports* (oct. 1844) dix-huit cas d'iritis recueillis à l'hôpital. Sur ce nombre, quinze ont guéri, et la vue s'est parfaitement rétablie; deux ne sont entrés qu'à une époque très avancée de la maladie, pour jouir des bienfaits de la médecine; un dernier enfin, quoique entré de bonne heure, s'est mal terminé par les habitudes d'excessive intempérance du patient. M. France établit en principe, d'après son expérience, qu'il n'est pas de maladie plus funeste, plus désorganisatrice pour l'œil que l'iritis lorsqu'elle est abandonnée à la nature ou n'est traitée que trop tard. L'auteur n'admet que trois espèces d'iritis, d'après trois états morbides de la constitution, savoir: la rhumatique ou arthritique, la syphilitique, et l'iritis simple; il s'attache surtout à faire voir les différences entre l'iritis syphilitique et l'iritis rhumatismale. L'iritis simple est la plus rare, à moins de lésions traumatiques du diaphragme oculaire. La moitié des iritis qu'il a rencontrées étaient syphilitiques; cette proportion n'est que très ordinaire selon lui; souvent elle s'élève au delà de la moitié. Dans l'iritis rhumatismale, la phlogose attaque la séreuse antérieure de la membrane irienne et la sclérotique. Le patient est ordinairement sujet à des affections rhumatismales dans d'autres régions, aux articulations, au péricarde, et la maladie s'accompagne d'un épanchement généralement abondant; la membrane de l'humeur aqueuse participe à la phlogose oculaire, ce qui se reconnaît à l'épanchement fibrineux ou séreux. L'iritis rhumatismale et l'iritis arthritique ou goutteuse ne forment qu'une même maladie d'après l'auteur. Le mal ne se propage à la substance propre de l'iris que dans le seul cas où la pupille paraît contractée; il y a aussi dans ce cas de la céphalalgie, laquelle s'exaspère par l'usage de la belladone. L'iritis syphilitique est une maladie qui se déclare essentiellement dans le parenchyme intime du disque irien; il en résulte que cette membrane est alors gonflée, épaissie. C'est là, selon lui, un signe important pour le diagnostic. On ne doit pas confondre cet état avec les tubercules de l'iris qui gonflent aussi sa substance; dans ce cas, le gonflement est inégal, irrégulier, l'iris est infiltré. Les tubercules sont souvent pris pour des flocons de lymphe déposés à la surface de l'iris. (Suivent d'autres détails généraux.) L'auteur croit avoir remarqué, au reste, que l'iritis syphilitique ne se déclare particulièrement que dans les cas où le chancre primitif s'est accompagné d'un grand gonflement, d'un grand épanchement dans les tissus de l'organe affecté, et qu'il donne naissance à une éruption générale à la peau. — M. France s'occupe d'ophthalmologie, à l'hôpital Guy, en médecin instruit qui exerce toutes les branches de l'art, et non en spécialiste exclusif; aussi recevons-nous avec faveur ses observations oculistiques. On a dû remarquer que l'auteur a déduit les caractères de l'iritis de l'état de la constitution, et non du mode de déformation de la pupille. C'est là aussi la doctrine que nous enseignons depuis quinze ans, d'après nos propres observations, et nous sommes bien-aise de la voir adopter par l'ophthalmologue anglais. La déformation de la pupille se rattache en effet au mode de congestion variable de l'iris, et n'indique rien autre que le degré de congestion partielle en tel ou tel sens. Rien n'est plus ordinaire en effet que de voir cette déformation changer de forme dans la même espèce d'iritis, ou se présenter à peu près la même dans des iritis de nature très différente. Ce n'est donc que par une préoccupation singulière que certains copistes de systèmes, qui salissent les murs des grandes villes de leurs pompeuses affiches, s'obstinent à reproduire, de nos jours, ces vieilles inepties d'un charlatanisme raffiné.

Deux cas de staphylome guéris sans opération, *par le docteur Baratta de Milan. Discussion devant le congrès scientifique d'Italie.*—Dans l'une de ces observations, il s'agit d'une jeune femme, âgée de 25 ans, sujette depuis longtemps à des ophthalmies répétées. L'œil droit a fini par s'ulcérer vers le bord inférieur de la cornée; cette membrane a été perforée et l'iris s'y est engagé. Cet état cependant a guéri, mais l'iris est resté adhérent à la brèche cornéale et la vue de cet œil a été abolie. Six mois après, un énorme staphylome s'est formé à l'endroit de la procédence. La tumeur était conique, offrait six lignes de hauteur, envahissait presque la moitié inférieure de la cornée transparente et paraissait formée par simple ramollissement de cette membrane (kératomalacie); il y avait épiphora, les paupières ne couvraient pas complétement la tumeur. M. Baratta voulait exciser la tumeur, mais la malade s'est refusée. Force a donc été de se borner à quelques remèdes dynamiques propres à combattre le ramollissement de la cornée. M. Baratta a prescrit l'usage externe de l'extrait de belladone à la dose de 50 centigrammes (10 grains) dans 4 grammes (un gros) d'eau

distillée. On instillait de cette solution quelques gouttes dans les paupières, trois à quatre fois par jour. Au bout de quelque temps, on a vu avec satisfaction que le volume de la tumeur diminuait; elle s'est affaissée petit à petit et elle a fini par disparaître complétement. Il va sans dire que la vue n'a point été rétablie, mais la difformité a disparu, l'opération est devenue inutile et la patiente a conservé son œil. — Dans la seconde, il est question d'un homme de 43 ans, qui avait essuyé une ophthalmie grave à l'œil gauche, laquelle avait duré longtemps. Enfin un gros staphylome s'est formé à la sclérotique, à proximité de la cornée. Du pus existait dans la chambre antérieure. Les docteurs Panizza et Caimi, qui ont vu le malade, ont déclaré qu'il s'agissait d'un staphylome vrai. M. Baratta a employé d'abord un traitement antiphlogistique ordinaire, puis il en est venu à l'usage externe de la belladone, comme précédemment. La dose ci-dessus n'ayant pas paru dans ce cas très efficace, on l'a augmentée par degrés jusqu'à 8 grammes (2 gros) d'extrait, par 65 grammes (2 onces) d'eau distillée; mais ensuite on l'a diminué de moitié, et l'on est même descendu au dessous, se conformant toujours à la tolérance de l'organe malade. La tumeur a si bien diminué, qu'au bout de trois semaines elle avait complétement disparu sous l'influence de ce traitement. On a continué le collyre pendant six jours encore et la petite portion de la cornée qui faisait partie du bombement staphylomateux s'est affaissée à son tour. La guérison a été complète et durable.

— Ces deux observations ont donné lieu à une discussion animée. Le président a demandé d'abord à M. Baratta quelle était, d'après lui, la nature de ces deux staphylomes : s'il s'agisssait d'un simple bombement par ramollissement, ou bien d'une végétation staphylomateuse véritable. Dans le premier cas, on comprendrait jusqu'à un certain point l'action de la belladone, surtout dans le premier, où la tumeur ne résultait probablement que d'une procidence irienne. M. Baratta a répondu que, dans son opinion, la tumeur résultait, dans les deux cas, d'un ramollissement des tissus préalablement enflammés, et que la belladone n'avait agi autrement qu'en combattant l'élément inflammatoire et par là aussi le ramollissement. Ces deux éléments combattus, les tissus ont dû se trouver décongestionnés, dégorgés, désenflés et reprendre leur volume naturel; de là l'affaissement et la disparition du staphylome. M. Baratta n'attribue d'autre vertu à la belladone que celle de son action contro-stimulante. Le docteur Trinchinetti a contesté la doctrine précédente (nous omettons les détails), il présume que, dans les deux cas, la tumeur s'est perforée insensiblement, et que les humeurs de l'œil se sont écoulées lentement, ce qui avait dû occasionner l'affaissement de la tumeur, et par suite la guérison, ainsi qu'il en a vu des exemples. Ces objections ont été combattues par le docteur Raffaele, de Naples (suivent les détails). Le docteur Pagani, de Novara, a argumenté en faveur de l'action antiphlogistique de la belladone. Il a guéri des ophthalmies à l'aide de ce seul remède appliqué en fomentation continue. Il dissout 4 grammes d'extrait dans 120 grammes d'eau distillée; il y imbibe des linges qu'il applique sur les paupières, à répéter deux, trois, quatre fois par jour. C'est surtout dans les ophthalmies internes, dans les iritis, que ce moyen lui a donné d'excellents résultats; les malades ont pu rouvrir les yeux au bout de vingt-quatre heures par la prompte dissipation de la douleur et de la photophobie. Il s'en sert journellement à l'hôpital militaire de Novara. M. Rovati, enfin, chirurgien de l'hôpital de Padoue, a résumé la discussion et conclu en établissant des distinctions relativement à l'application de la belladone dans les ophthalmies. En général, ce moyen ne lui a paru réellement utile que lorsque le mal avait déjà perdu sa plus grande acuité, qu'il passait à la seconde période. Dans les phlogoses internes, les collyres en effet sont à peine tolérés. (Ann. univ. de med., déc. 1844.)

TOXICOLOGIE.

NOUVELLES RECHERCHES EXPÉRIMENTALES

SUR L'ACTION DYNAMIQUE

DE L'ACIDE ARSENIEUX CHEZ LES CHEVAUX,

Et sur les effets comparatifs du traitement antiphlogistique ou diurétique et la médication excitante, dans l'empoisonnement par cet acide ; par M. Rognetta.

Le travail que je publie aujourd'hui est le résultat d'un grand nombre d'expériences, d'un labeur, de peines, de difficultés infinis. Ces expériences ont été exécutées sous les yeux et avec l'assistance de M. Leblanc, l'un des médecins vétérinaires les plus capables et les plus distingués de l'époque ; elles ont été faites en présence d'un grand nombre de médecins français et étrangers. Pour la plus grande authenticité, les procès-verbaux ont été rédigés par M. Leblanc lui-même. Ce sont ces procès-verbaux que je reproduits textuellement, en y ajoutant, toutefois, les considérations générales qu'ils m'ont suggérées et les déductions dont je prends seul la responsabilité. Ce travail, exécuté sur une grande échelle, est entièrement nouveau et révèle des faits du plus grand intérêt, au triple point de vue pathologique, physiologique et thérapeutique. Nous prions le lecteur de n'en apprécier la valeur qu'après une connaissance pleine et entière des conditions particulières des faits que nous allons lui soumettre.

PROCÈS VERBAUX DES EXPÉRIENCES.

§ I. Première série. — **Première expérience** (25 octobre 1840). — Dans cette première expérience, nous avons opéré sur trois chevaux que nous désignerons par les nos 1, 2, 3. Notre but a été d'étudier d'abord l'action de l'arsenic à des doses diverses, et celle de l'alcool séparément : aussi avons-nous administré l'acide arsénieux sur deux de ces chevaux, et l'alcool chez le troisième, sans nous occuper à en combattre les effets.

N° 1. (Effets de 27 grammes d'arsenic, sans traitement.) — Jument maigre, baie-claire, hors de service,

âgée de 10 à 11 ans, gaie, bien portante, à jeun depuis la veille; 1 mètre 50 centim. de taille. A l'examen, on trouve : respiration 7, pouls 25, plein; elle a mangé avec appétit 125 grammes d'avoine. — A midi 24 minutes, on lui administre 27 gm. d'acide arsénieux dissous dans 630 gm. d'eau. A midi 50 m., on lui offre une bouchée de foin qu'elle mange avec appétit. — A 1 heure, on l'examine : pouls 31, respiration 6. — A 2 heures, expiration forcée, contraction forcée et prolongée des muscles abdominaux; moins de vivacité; tremblements de la queue et des muscles fémoraux; salivation accompagnée de mouvements fréquents des mâchoires; pouls 32, décalorification générale de la peau, notamment aux membres; borborygmes; respiration 6; contraction souvent répétée de la lèvre supérieure; toux avec expectoration de beaucoup de salive écumeuse. L'animal gratte le sol continuellement avec les pieds de devant. On lui présente du foin, il le mange avec appétit. — A 5 heures du soir, pouls 82; contractions plus fortes des muscles abdominaux; frisson général permanent. On lui présente du foin, il le mange lentement et comme sans appétit; il garde le foin dans la bouche sans l'avaler; on la fait uriner en touchant son urètre avec du poivre : il rend un demi litre d'urine; on lui présente de l'eau à boire, il la refuse. — 7 heures et demie du soir : depuis une demi-heure, l'animal est couvert de sueur froide, il gratte des pieds de devant et vient de tomber sur le côté; il cherche à se mettre sur le dos, il se plaint; le pouls est vite, faible et vacillant; les membres, les oreilles et la croupe sont froids; la respiration est toujours pénible et se termine par une rétraction des muscles abdominaux; l'animal paraît beaucoup souffrir; la muqueuse nasale et la conjonctive sont d'un rouge vermeil; on voit sur ses membres des groupes de veines injectées. — 9 heures et demie du soir : mort. Depuis que l'animal était tombé, il ne s'était plus relevé. Pendant la demi-heure qui a précédé sa mort, il a présenté des contractions fortes, subites, aux muscles extenseurs des membres et du tronc; le corps ne portait sur le sol que par une petite surface de la poitrine; la vie s'est terminée par une contraction pareille. — Autopsie, le lendemain, 26, à 8 heures et demie du matin : raideur des membres; sang foncé, liquide. Peu d'aliments dans l'estomac et les intestins. Épithélium de l'œsophage, de l'estomac et des intestins grêles détaché, ou facile à détacher; rougeur foncée, ramollissement, épaississement de la muqueuse du sac droit. La rougeur de l'intestin est forte, mais pas uniforme; injection des vaisseaux artériels et veineux. Le reste de l'organisme n'offre rien à noter.

N° 2. (**Effets de 500 grammes d'alcool, sans traitement.**) — Jument de 13 à 15 ans, robe grise, assez maigre, hors de service; à jeun depuis la veille. Respiration 23, pouls fort, 43; toux faible, difficile (pneumonie chronique); taille, 1 mètre 29 cent. — A midi 34 minutes, on lui fait avaler 500 grammes d'alcool à 33°. — A 2 heures, pouls 62, petit, concentré, sans être dur. Râle très sensible à distance dans toute l'étendue de l'appareil respiratoire; toux, respiration 34, assoupissement, défaut de la déglutition de la salive, peau chaude. L'animal vacille sur ses jambes et ne se supporte que sur le licol. — A 5 heures du soir, même état, mais moins prononcé. — Le lendemain, 26 octobre, à 7 heures du matin, l'animal mange un peu. — A 2 heures et demie, il tire un peu de paille et la garde dans la bouche; il refuse l'avoine. Respiration 33, pouls 45. — A 8 heures et demie du soir, l'animal est assommé et ouvert immédiatement. Membrane muqueuse de l'estomac et du sac droit uniformément rouge et ardoisée. Sac gauche, une partie de l'épithélium est racoquillée et s'enlève facilement. Muqueuse intestinale un peu rouge, induration rouge aux deux poumons, congestion pulmonaire, liquide écumeux dans les bronches. Le reste de l'organisme n'offre rien à noter. Le cerveau n'a pas été examiné.

N° 3. (**Effets de 13 grammes d'arsenic, sans traitement.**) — Jument 18 ans, grisonnée, hors de service; taille 1 mètre 34 centim. Respiration 6; pouls fort, 33; a mangé une botte de paille dans la nuit. Le 26 octobre, à 8 heures 3|4 du matin, on lui administre 13 gram. d'arsenic dans 750 gram. d'eau. — 4 heures 3|4 du soir, sueurs à la partie antérieure des épaules; oreilles et extrémités froides; pouls 36, faible, vacillant; respiration 8; expirations forcées. — 5 heures 3|4, l'animal hennissait en entendant remuer l'avoine; il en a mangé un peu quand on lui en a présenté; il est plus triste qu'avant l'expérience, il reste constamment à la même place, il s'appuie alternativement sur l'un et l'autre membre postérieur; grincements des dents. — 7 heures 1|4, léger frisson aux fesses; a mangé un peu d'avoine; au reste, même état à peu près. — 10 heures et demie du soir, tête basse, pouls 80, artère molle. — Le lendemain 27, de 2 à 4 heures du matin, la jument est restée couchée, la tête élevée. — 5 heures du matin, refuse de boire et de manger. — 6 heures du matin, sueurs froides à la partie antérieure des épaules; tremblements musculaires; l'animal paraît très affaissé, on le fait trébucher en le poussant très légèrement. — 9 heures du matin, la jument est tombée à gauche, s'est relevée peu de temps après, pour retomber à 9 heures 1|4; elle ne s'est plus relevée; les coudes, l'encolure, les cuisses se sont couverts de sueurs froides. — Mort à 11 heures et demie du matin; l'animal n'a pas gratté du devant, il a agité les quatre membres pendant une agonie d'une heure. — Autopsie à midi et demi : dans le sac droit, épaississement général de la muqueuse; cette membrane présente une infinité de petits points rouges, déprimés et assez régulièrement espacés; légère infiltration du tissu cellulaire sous-muqueux; épithélium détaché; un grand nombre de taches brunes, très étendues, irrégulières, moins saillantes que les parties voisines, moins molles. Une partie de la membrane muqueuse blanche du sac gauche était détruite près des endroits où l'on voyait des taches rouges, foncées, semblables à celles du sac droit. La muqueuse de l'intestin est généralement rouge et épaisse, l'épithélium s'enlève par le plus léger frottement.

Ainsi, dans ce cas, 15 grammes d'acide arsénieux en solution délayée, c'est-à-dire la moitié moindre que dans le n° 1, ont produit la mort en 27 heures. Nous verrons que cette dose est encore exorbitante, et au dessus de toute guérison.

Deuxième expérience (29 octobre 1840). — Dans cette expérience, nous avons, comme dans l'expérience précédente, opéré sur trois chevaux. Aucun précédent n'existant dans la science pour nous guider dans la proportion des doses du poison et des remèdes, chez le cheval, nous avons dû tâtonner avant d'arriver aux données qu'on trouvera à la fin de ce travail.

N° 1. (**4e de la série.**) (*Arsenic 15 gm.; alcool 500 gm. dans de mauvaises conditions.*) — Cheval hongre, de voiture, bai clair, hors d'âge, maigre, assez vigoureux, ruiné du derrière. Pouls 37, respiration 10. — A 7 h. 1|2 du matin on lui administre 13 gm. d'arsenic dissous dans 750 gm. d'eau. — A 10 h., on donne 250 gm. d'alcool à 33°, dans une bouteille de vin rouge. — A 1 heure, même dose

d'alcool et de vin. Avant l'administration de cette dose, l'animal était déjà chancelant, la tête basse, les yeux un peu couverts, bruit nasal fort, pouls 76, respiration 20; il a uriné une fois depuis 7 h. 1/2. — A 9 h. du soir, il refuse de manger. — A 4 h., il continue à chanceler. Pas d'alcool. — A 5 h. 3/4, le cheval est tombé; aussitôt, son encolure et ses épaules se sont couverts de sueur, il regarde son ventre; il s'est débattu sans se cabrer jusqu'à 7 h. 1/2 du soir, lorsqu'il est mort. Dans les derniers moments de la vie, il contractait violemment les muscles expirateurs et les muscles extenseurs des membres; il n'a pas uriné depuis 9 h. — *Autopsie*, le lendemain, 30, à 6 h. 1/2 du matin. Raideur cadavérique. L'estomac (sac droit) offre une muqueuse généralement rouge et épaisse. La muqueuse de l'intestin grêle était aussi épaissie et rouge, mais inégalement sur les parties saillantes des plis. L'estomac contenait des substances alimentaires molles. L'intestin présentait beaucoup de matière liquide sanguinolente.

Dans cette expérience, la mort a eu lieu en 12 heures. Les personnes peu habituées à l'appréciation véritable des faits de ce genre et qui se hâtent à conclure d'après quelques faits isolés, pourraient peut être, en comparant ce fait au précédent, tirer cette conséquence : que les alcooliques administrés ont augmenté l'action du poison, puisque la même dose donnée seule et sans alcool au cheval n° 3 n'a produit la mort qu'en 27 heures. Nous prions le lecteur de suspendre son jugement jusqu'à la fin de ce mémoire; qu'il nous soit permis d'ajouter notre conviction en attendant. Le remède ayant été administré très tard, c'est-à-dire, deux heures et demi après l'ingestion d'une dose exorbitante de poison, doit être considéré comme non avenu, l'absorption ayant déjà à cette heure frappé mortellement l'organisme. Quant à la durée un peu plus courte de la vie, cela tient à des dispositions individuelles; nous verrons, en effet, que la même dose de poison ne tue pas dans le même espace de temps des animaux de même espèce, de même taille et de même force en apparence. C'est que la force de résistance organique est variable. Ajoutons que sur des animaux qui ne vomissent pas, comme le cheval et le lapin, pour résoudre d'une manière incontestable le problème dont il s'agit, il faut fixer d'abord le minimum de la dose mortelle du poison et n'opérer qu'avec elle, car il ne s'agit ici que d'établir un principe général de thérapeutique; c'est à quoi vise cette première série d'expériences.

N° 2. (5e de la série.) (*Effets de 8 gm. d'arsenic, sans traitement.*) — Cheval hongre (fiacre), alezan, petite taille, de race, hors d'âge, en assez bon état. Respiration 6; pouls 29. — A 7 h. 1/2 du matin, on administre 8 gm. d'arsenic dans 750 gm. d'eau. — A 8 h. 1/2 du soir, l'animal a la tête basse, reste immobile; les oreilles sont encore chaudes; l'expiration est forte; respiration accélérée; pouls vite, mais fort; il n'a pas uriné.—Le lendemain 30, il a refusé constamment de manger. — A 5 h. du soir, il a bu un litre d'eau, il regarde souvent son ventre depuis 3 h. après midi. — A 10 h. du soir, il se plaint, il est froid sur tous les points du corps; pouls à peine appréciable; il gratte un peu des pieds de devant; il refuse de boire et de manger. — Le 31, à 7 h. du matin, il est toujours debout, constamment agité; il balance souvent la tête d'un côté à l'autre, de haut en bas, regarde souvent son ventre, la litière est enlevée sur les pieds de devant; malgré cela, il reste toujours à la même place, il lève et baisse souvent les pieds de devant. Pouls très petit, très vite, souvent imperceptible. Respirations 20 à 24 par minute, très irrégulières, les unes grandes, les autres petites, les unes fortes, les autres faibles. Bruit nasal quelquefois fort; il a refusé de manger; il a bu un litre d'eau claire à peu près. Depuis ce moment jusqu'à 3 h. 1/2 du soir, l'animal a souffert de plus en plus, il chancelait et ne se maintenait debout qu'en écartant les membres et en s'appuyant sur la longe de son licol. — A 3 h. 1/2 du soir, il est tombé sur le côté droit; la respiration est laborieuse et bruyante, une partie de l'air expiré passe par la bouche, qui s'ouvre surtout lors de l'inspiration. Les mouvements sont très grands (16 par minute à peu près); membres étendus et raides, l'animal les agite convulsivement assez souvent, il agite aussi la tête qu'il relève de temps en temps pour la laisser tomber violemment sur le sol. De temps à autre, vers la fin de sa vie, il contractait violemment et simultanément tous ses muscles extenseurs, les muscles de l'encolure se raidissaient, la queue se relevait et les parois abdominales se rapprochaient des lombes; des tremblements convulsifs suivaient les efforts violents; sueurs froides. — A 4 h. 1/2 du soir, mort. — *Autopsie.* Immédiatement après la mort, les muscles extenseurs sont contractés. Dans tout le sac droit de l'estomac la muqueuse est épaissie et d'un rouge brun dans les deux tiers de son étendue; sur ces points, elle est plus saillante que dans les environs. Dans le sac gauche, la muqueuse est dépourvue de son épithélium, mais entièrement blanche et sans érosions. L'estomac contient du liquide fortement rouge. La muqueuse intestinale est parsemée de taches rouges, très irrégulières, correspondant à des saillies. L'intestin grêle est plus malade que le gros intestin; il contient un liquide rougeâtre. Le gros intestin ne présente que des glaires. Le reste de l'organisme n'offre rien à noter.

La mort, dans ce cas, n'est arrivée que 40 heures après l'ingestion du poison. Nous avions ici 8 grammes d'arsenic; tandis que dans le n° 3 une dose de 13 grammes a tué en 27 heures, et dans le n° 1er une dose de 27 grammes a tué en 9 heures. En mettant en regard ces doses, savoir 27, 13, 8, avec les chiffres de la durée de la vie, savoir 9, 27, 40, on aura 27/9, 13/27, 8/40, ce qui conduit à cette conclusion que la durée de la vie chez les animaux qui ne vomissent pas est bien approximativement en raison inverse de la dose ingérée. Nous disons *approximativement*, car on ne trouve pas dans ces chiffres des résultats proportionnels rigoureux; en effet, si 27 grammes ont tué en 9 heures, 13 grammes auraient du tuer en 18 ou 20 heures, et 8 grammes en 56 heures; nous reviendrons sur cette observation. Faisons, en attendant remarquer que dans ces trois cas la vie a décliné par degrés, plus ou moins rapidement, avec toutes les apparences de l'asthénie progessive, et sans la moindre réaction fébrile. Nous verrons qu'il en est toujours ainsi quand la dose du toxique absorbée est mortelle, et que cette réaction, lorsqu'elle a lieu, est presque toujours enrayée mortellement par la saignée, par le nitre, ou par tout autre remède antiphlogistique; de telle sorte que la dose non mortelle d'arsenic devient ou peut devenir mortelle par cette seule circonstance.

N° 3. (6e de la série.) (13 *gramm. d'arsenic; saignée,*

nitre.) — Cheval hongre, blanc, de carosse, vif, ruiné sur son devant, maigre. Pouls 32, resp. 8. — A 7 h. 1/2 du matin, on administre 13 gm. d'ars. dans 150 gm. d'eau. — A 10 h., saignée de 3 kilog. On donne six bouteilles d'eau de rivière, comme moyen diurétique conseillé par M. Orfila. — A 1 h., on administre 60 gm. de nitrate de potasse et sept bouteilles d'eau pure. Pouls 70. resp. 15. Le cheval se porte tantôt sur un pied, tantôt sur un autre; *il a uriné une fois* depuis 7 h. 1/2. Vers 10 h. 1/4, il refuse de manger. — A 4 h., on donne encore 32 gm. de nitre et six ou sept bouteilles d'eau. Aussitôt après, tremblement général, dévoiement aqueux et noirâtre. — A 6 h. 1/2 du soir, il est tombé, il s'est relevé avec beaucoup de peine après cinq minutes et après s'être tenu quelque temps sur les genoux. — A 8 h. moins dix minutes, il est retombé encore, s'est relevé pour retomber de nouveau à 8 heures; ses flancs sont fortement agités; l'animal paraît beaucoup souffrir, il n'a pas uriné depuis 10 h. 1/4. — A 8 h. 1/2, il vient de se relever de nouveau. Depuis ce moment jusqu'à la mort, le cheval s'est relevé et couché fréquemment, il regardait son ventre à droite et grattait des pieds de devant. Quand il se mettait sur ses genoux, il restait dans cette position pendant quelque temps, ayant la tête appuyée sur le sol ou contre le mur, puis retombait ou se relevait brusquement. Couché, sa respiration était très pénible, bruyante, quelquefois mugissante; il a manifesté en général les signes de la plus grande souffrance pendant son agonie. — A 10 h. du soir, mort. — *Autopsie* le lendemain, 30 oct., à 6 h. 1/2 du matin. Raideur cadavérique; sac droit : muqueuse généralement rouge, tuméfiée; quelques points ramollis, d'un rouge plus foncé, déprimés. Sac gauche : une partie de la membrane blanche est détruite et laisse apercevoir des surfaces d'un rouge foncé. La muqueuse de l'intestin grêle est un peu tuméfiée et rouge. L'estomac et l'intestin ne contiennent que des substances liquides boueuses, grisâtres, mélangées de beaucoup de mucus et de débris d'épithélium.

La durée de la vie a donc été de 14 h. 1/2 dans ce cas. On voudra bien remarquer d'abord que le nitrate de potasse et la boisson aqueuse abondante qu'on a administrés, d'après les prescriptions de M. Orfila, n'ont pu faire uriner l'animal qu'une seule fois, et que cela n'a influé en rien sur la marche terrible de la maladie. Si cet animal a vécu deux heures et demie de plus que celui du n° 4e de la série, c'est qu'il était plus vigoureux, plus vif du moins. Nous avions déjà observé sur les chiens que, lorsqu'on les laissait boire abondamment de l'eau, l'empoisonnement marchait plus vite, et ils mouraient très promptement. On verra qu'il en est de même chez les chevaux; c'est que l'eau est hyposthénisante et favorise l'absorption du poison. Il en est de même du nitrate de potasse; car l'action de ce sel est analogue à celle de l'arsenic. Nous verrons qu'il importe peu, pour la marche et la terminaison de l'empoisonnement, que l'animal urine ou qu'il n'urine pas.

TROISIÈME EXPÉRIENCE (1er nov. 1840). — Trois chevaux ont été également employés dans cette expérience; nous avons varié les doses afin d'arriver graduellement au minimum de la dose mortelle que nous désirions fixer. Nous avons cru, en attendant, devoir toujours continuer l'essai comparatif des deux médications fondamentales, savoir : l'excitante ou stimulante, et l'antiphlogistique réputée diurétique.

N° 1 (7e **de la série**). (8 *gm. d'ars.; saignée, boissons nitrées.*) — Jument alezan, de gros trait, très vieille, assez maigre, tempérament lymphatique, catarrhe chronique. Pouls 36, régulier; resp. 6, normale. — A 11 heures du matin, on administre 8 gm. d'ars. dissout dans 1,000 gm. d'eau. — A 3 h., saignée de 3 kilogr. On donne ensuite 60 gm. de nitrate de potasse dans cinq bouteilles d'eau. Pouls 62, petit; flancs plus relevés. Le sang est filant, très foncé. Peu de temps après la saignée, la respiration est devenue laborieuse, plaintive. — A 4 h. 1/4, il regarde son ventre, piétine avec le train de derrière, il refuse l'avoine, il est tombé sur le côté gauche. Resp. suspirieuse, plaintive. — A 4 h. 1/2, le sang de la saignée est examiné à l'hématomètre... A 5 h. 1/2, le cheval s'est relevé avec beaucoup de peine; on a voulu le faire sortir de l'écurie, mais il était tellement chancelant qu'il a failli tomber. Il n'a pas été possible d'administrer une seconde potion nitrée : on l'a donc ramené dans l'écurie, il est retombé. — A 6 h. du soir, mort, après une agonie pénible. — *Autopsie* le lendemain, 2 nov., à 6 h. du matin. La muqueuse du sac droit est généralement d'un rouge foncé, épaisse et ramollie; sur quelques points elle est d'un rouge brun, plus saillante. La membrane épidermique du sac gauche offre l'épithélium relevé. Du liquide un peu rougeâtre dans l'estomac. Les vaisseaux de l'épiploon et du mésentère sont injectés. La muqueuse intestinale est couverte de taches rouges, surtout dans la partie la plus saillante des plis. Liquide trouble, d'un gris sale, dans les intestins.

Ce résultat nous a frappés. Huit grammes d'arsenic, suivis quatre heures après d'une petite saignée et de cinq bouteilles d'eau nitrée, ont produit la mort dans l'espace de sept heures! Sans doute qu'il faut tenir compte de l'état valétudinaire du sujet; cependant l'effet de la saignée et de la boisson nitrée a été si instantané, si frappant à nos yeux qu'il nous a été impossible de ne pas y voir la confirmation des remarques précédentes, déduites de nos premières expériences sur les chiens. Qu'on veuille bien au reste noter seulement, quant à présent, que la même dose d'arsenic chez le cheval n° 2 de l'expérience précédente (5e de la série), et qui a été abandonné sans traitement, la vie ne s'est éteinte que 40 heures après. Ces deux faits offrent donc dans leurs résultats une différence de 1 : 5. Ne nous hâtons pas de conclure cependant.

N° 2 (8e **de la série**). (8 *gm. d'ars.; traitem. alcoolique.*) — Cheval de fiacre, bai-brun, vif, petite taille. Pouls 26, régulier; resp. 6. — A 11 h. du matin, on administre, 8 gm. d'ars. dissout dans 1,000 gm. d'eau. — A 3 h., on donne 500 gm. de bouillon, de la Compagnie hollandaise, chaud, et 125 gm. d'alcool à 33°. — A 4 h. moins 1/4, il a mangé un litre d'avoine. — A 4 h., il gratte d'un pied de devant. — A 4 h. 10 m., on donne 90 gm. d'alcool dans 500 gm. de bouillon. — A 4 h. 1/4, il mange avec appétit un litre d'avoine. — A 4 h. 1/2, pouls 48. Tremblement général. — A 4 h. 35 m., diarrhée. On donne 90 gm. d'alcool et un demi-litre de bouillon. Le cheval s'est couché, non étendu, il ne s'agite pas. On lui présente de l'avoine, il ne la mange pas; il tire et mange du foin. — 5 h. 1/2, pouls vite, petit. Le cheval reste couché et regarde son ventre. Peau froide. On lui administre 90 gm. d'alcool dans 500 gm. de

bouillon. Diarrhée. — A 6 h. 1/2, 90 gm. d'alcool dans 500 gm. de bouillon ; il mange un reste n'avoine. — A 7 h. 1/2, il mange de l'avoine. On le fait sortir de l'écurie, il marche bien. — A 9 h. 1/4, le cheval paraissait assez bien (à l'exception de la diarrhée qui avait continué depuis 5 h. 1/2), quand tout à coup il est tombé et est mort sans agonie et sans se débattre. Il avait commencé à suer une demi-heure avant de mourir. — *Autopsie* le lendemain, 2 nov., à 6 h. 1/4 du matin. La muqueuse de l'estomac est généralement rouge et épaissie ; plus foncée sur quelques points. Il en est de même de la muqueuse intestinale. L'estomac contient du chyme composé en grande partie d'avoine. Ce chyme présentait l'apparence d'une farine d'avoine délayée dans de l'eau. L'intestin contient du liquide rougeâtre.

Les mêmes réflexions que nous venons d'émettre sur le fait précédent sont applicables à celui-ci. La mort en effet est survenue, dans ce cas, dans l'espace de dix heures ; il y a là des circonstances qu'on comprendra plus loin : notre devoir, à nous, est de reproduire les faits tels qu'ils se sont produits. Mais qu'il nous soit permis de répéter encore ici : ne nous hâtons pas de conclure. Nous ne devons pas néanmoins omettre d'ajouter que, dans notre conviction, ce cheval est mort asphyxié par suite du passage accidentel d'une grande quantité de bouillon alcoolisé dans la trachée et les bronches, au moment où on lui administrait forcément ce liquide avec une bouteille.

N° 3 (9e **de la série**). (*4 gm. d'ars. ; pas de traitement*). — Cheval entier, très vieux, assez vif. Pouls 26 ; resp. 9. — A 9 h. du matin, on lui fait ingérer 4 gm. d'ars. dissout dans 750 gm. d'eau. — A 4 h., il rend une petite quantité d'urine. — A 5 h. 1/2, pas de symptômes saillants. Pouls un peu plus vite et moins fort. — Dans le courant de la soirée, les symptômes ordinaires se sont manifestés, mais avec beaucoup moins d'intensité que chez les autres chevaux : resp. très vite, flancs rétractés, oreilles et membres froids, mouvements répétés des membres postérieurs. L'animal est resté debout jusqu'à six heures du soir, il saisissait le foin qu'on lui présentait. — A 11 h. 1/2 du soir, il regarde de temps en temps son ventre. — Le lendemain, 2 nov., à 6 h du matin, il est couché, la tête levée, les membres fléchis ; il lève de temps en temps la queue. — A 10 h. du matin, il s'est étendu sur la litière ; il agite ses membres qui restent étendus. Respiration un peu laborieuse ; pas de diarrhée. — A 3 h., mort. L'agonie n'a pas été très pénible. — A h. 1/2, autopsie : lésions analogues à celles observées chez les chevaux précédents, mais moins prononcées.

— Quatre grammes (un gros) d'arsenic ont tué ce cheval dans l'espace de 30 heures. Comment se fait-il donc qu'une dose double (8 grammes) n'a tué un autre cheval (5e) qu'en 40 h. ; et une dose plus que triple (13 gm.) chez un autre (3e) n'a produit la mort qu'en 27 h. ? Il y a là des résultats tellement inattendus et en désaccord avec la présomption qui veut que la durée de la vie soit en raison inverse de la quantité du poison, que nous avons besoin de répéter encore ici : ne nous hâtons pas de conclure !

4e EXPÉRIENCE (5 nov. 1840). — Le fait important qui résultait de la dernière expérience, c'était, pour nous, qu'une dose de 4 gm. suffisait déjà pour tuer un cheval, mais nous ne savions pas encore si c'était là le minimum de la dose mortelle, pour nous livrer ensuite à l'étude exclusive des deux méthodes curatives. Il nous a donc fallu tenter de nouvelles expériences dans le même but. En attendant, nous avons toujours répété les essais avec la dose précédente. Trois autres chevaux ont donc été soumis à l'épreuve suivante :

N° 1 (10e **de la série**). (*4 gm. d'ars ; traitement diurétique*). — Cheval entier, gris moucheté, de diligence, hors de service, taille 1 m. 54 centim., pas très maigre. Pouls 32, très régulier (l'artère un peu molle) ; resp. 8, expectoration un peu forcée. — A 8 h. 1/2 du matin, on lui donne 4 gm. d'ars. dans 750 gm. d'eau. — A 9 h. 1/2, on lui fait avaler 30 gm. de nitrate de potasse dans cinq bouteilles d'eau, et l'on pratique une saignée de 3 kilogr. — A 10 h. 1/2, on donnne 15 gm. de sel de nitre dans trois bouteilles d'eau. — A 11 h. 1/2, on répète la même dose de 15 gm. de nitre dans trois bouteilles d'eau ; l'animal refuse cette boisson, il vacille et tombe au moment où on veut la lui faire avaler. Dès 9 heures, tremblements, respiration plaintive, muqueuses pâles, grattement avec les pieds de devant. — A midi et demi, le cheval est inquiet, rapproche les membres pour se coucher, resp. très accélérée, souffle nasal très sensible, dyspnée, circulation très vite. — A 1 h., l'animal se couche, se lève souvent, salivation abondante et écumeuse, il soufre beaucoup, raidit les membres pour se tenir debout. — A 1 h. 1/2 après midi, mort sans agonie ; ses membres sont restés en partie fléchis. — *Autopsie* immédiate : coloration jaune de la membrane épidermique de l'estomac. Liquide bilieux verdâtre. Destruction de la muqueuse sur quelques points.

Quatre heures à peine ce cheval a pu résister à l'action dévorante de quatre grammes d'arsenic, suivis d'une saignée et de 15 grammes de nitre dans huit bouteilles d'eau ! Cette mort si rapide nous a frappé en regard du cheval précédent (9e) qui, par la même dose de poison et sans traitement aucun, a vécu 30 h. Pour nous, l'action funeste de la médication antiphlogistique a été de la dernière évidence, et l'autopsie nous a d'ailleurs confirmé dans l'opinion que nous soutenons depuis longtemps : qu'aucune trace d'inflammation réelle n'existe dans les organes pour autoriser, *à priori*, une pareille médication.

N° 2 (11e **de la série**). (*4 gm. d'ars. ; médication stimulante.*) — Cheval entier, blanc, de diligence, pas très maigre, en assez bon état, hors d'âge, taille 1 m. 45 cent. ; flancs retroussés. Pouls 38, normal, assez fort ; resp. 7. — A 8 h. 1/2 du matin, on lui donne 4 gm. d'arsenic dans 750 gm. d'eau. Il a toussé un peu pendant cette administration, ce qui fait présumer qu'une partie du liquide a pu passer dans la trachée. — A 9 h. 1/2, bouillon demi litre, vin demi-litre, bonne eau-de-vie demi-litre. — A 10 h. 1/2, nouvelle potion *idem*. — A midi et demi, potion *idem*. — A 2 h. 1/2, cinquième potion *idem*. — Dès 9 heures, la respiration et la circulation étaient accélérées, les muqueuses pâles, le cheval tremblait. — A 10 h., il s'est couché pendant dix minutes ; il a constamment refusé l'avoine. — A midi et demi, il se couche de nouveau, regarde son ventre ; diarrhée. — A midi 3/4, il reste couché, tranquille, assoupi. — A 1 h., il se relève et mange un peu de foin ; le pouls est vite, petit ; l'accélération de la circulation a

diminué ; il se frotte l'œil à la mangeoire, refuse de boire. — A 4 h. du soir, mort. *Autopsie* à 5 h. Rougeur de toute la muqueuse intestinale. Ecchymoses sous-muqueuses. Destruction dans quelques points de la membrane épidermoïde du sac gauche, près de la frange. Point de rougeur dans la vessie.

La durée de la vie a été, comme on le voit, dans ce cas, de huit heures, c'est-à-dire le double que chez l'animal précédent, mais toujours moindre que chez le cheval 9e qui avait pris la même dose de poison et pas subi de traitement; de sorte qu'au prime abord, on trouve un avantage réel dans la médication stimulante, relativement à la médication antiphlogistique ou diurétique; mais cet avantage semble disparaître en présence des seules forces de la nature étudiées chez l'animal 9e. Il faut noter néanmoins que l'expérience indiquée par ce numéro est encore unique dans cette série, et elle ne peut servir de type pour la mettre en parallèle avec les autres, dont nous venons de parler. Il faut donc poursuivre notre tâche et multiplier les faits avant de tirer une conclusion de quelque valeur.

N° 3. (12e **de la série**). *Deux gm. d'arsen., pas de traitement.* — Jument bai-brune, pas très maigre, hors d'âge, boiteuse du pied gauche antérieur, assez de vivacité, taille 1 m. 27. Pouls 48, régulier, assez plein; respir. 17, normale. — A 8 h. 1/2 du matin, on administre deux gm. d'ars. dissout dans 750 gm. d'eau. Dès 9 h., tremblement des muscles, circulation et respiration accélérées, refus de manger. — A 12 h. 1/2, ces symptômes continuent. — A 10 h. du soir, l'animal mange un peu; pouls toujours vite et petit. — Le lendemain, 6 nov., à 7 h. du matin, il mange et boit un peu; pouls toujours vite et petit. — A 2 h., pouls vite mais plus fort. — A 10 h., du soir, pouls moins vite, plus fort; le cheval a uriné et fianté (fiante un peu molle), il mange un peu. — Le 7, à 7 h. du matin, pouls encore plus fort, moins vite, a mangé et bu plus que la veille, uriné, fianté. — A 3 h., pouls toujours fort, moins vite. — Le 8, à 8 h. du matin, pouls plus vite, moins fort, a mangé de moins bon appétit que la veille. A 6 h. du soir, pouls et respiration accélérés; moins mangé. — Le 9, l'animal a moins mangé. Le soir, pouls très vite, petit; respir. gênée; a fianté plusieurs fois mou dans la journée. — Le 10, à 7 h. du matin, pouls fort, 65 pulsat.; la peau est chaude. Toute la journée l'animal a mangé avec appétit du foin, de l'avoine et de la paille. — Le 11, sixième jour révolu, l'animal continue encore à boire et à manger. Le soir, la respiration et le pouls sont plus accélérés. Cette aggravation a été remarquée depuis plusieurs jours, le soir. Le cheval est beaucoup mieux toute la journée. — Le 13, mieux progressif. — Le 16, il est considéré comme guéri, on le livre à l'équarrisseur à 7 h. du matin.

Ainsi deux grammes n'ont pas suffi à produire la mort chez ce cheval. Cependant nous n'étions pas encore assez sûrs, qu'en prenant une moyenne entre les doses administrées aux deux derniers chevaux, c'est-à dire trois grammes, nous aurions le minimum de la dose mortelle chez tout autre cheval. Cette prévision, néanmoins, s'est trouvé confirmée dans les expériences ultérieures. Mais avant d'aller outre, nous avons voulu nous assurer des effets de doses inférieures à deux grammes.

Cinquième expérience. (5 nov. 1840). — Deux chevaux ont été employés dans cette expérience. Le premier (13e de la série) était un petit, bai, hongre, hors d'âge. On lui administre 1 gm. d'ars. dans 750 gm. d'eau, à 2 h. 1/2; il éprouve dans la journée quelques tremblements musculaires. Le 6 et le 7, plus de symptômes appréciables. Les 8, 9, apparences de bonne santé. Le 10, on le livre à l'équarrisseur. — Le second était un cheval hongre, hors d'âge. On lui administre un demi-gramme d'arsenic dans 750 gm. d'eau. Quelques tremblements dans la journée. Le 6, plus de symptômes. Les 7, 8, 9, bon état, appétit normal. Le 10, ce cheval a été employé à une autre expér. (introd. de l'air dans les veines.) On voit, par cette double expérience, qu'on peut administrer impunément à un cheval bien portant un demi-gramme et même un gramme d'acide arsénieux très délayé. On comprend qu'une dose beaucoup plus forte d'arsenic en poudre est donnée de temps en temps, dit-on, par les Cosaques, à leurs chevaux maladifs, pour leur procurer de l'appétit. Les hyposthénisants, à petites doses, relèvent en effet l'appétit, surtout dans certaines infirmités de nature inflammatoire.

Sixième expérience (10 nov. 1840). — N° 1. (15e **de la série**). *Trois gm. d'ars. Traitement alcoolique.* — Cheval entier, noir, petite taille, encore très vigoureux. A 8 h. du matin, on donne 3 gm. d'ars. dans 750 gm. d'eau. A 9 h. 10 m., un demi-litre d'eau-de-vie dans une demi-bouteille de vin rouge. On répète la même potion à 10 h. 1/4, à 1 h. et à 2 h. 1/2. A 6 h. du soir, il urine un peu. A 9 h. 1/2, mort après une agonie très pénible.

Ces résultats ont été si variables, si inattendus pour nous, que nous avons marché de surprises en surprises dans tous ces tâtonnements préliminaires, aucun antécédent n'existant dans la science pour nous servir de guide chez les chevaux. Il nous fallut, comme on le voit, nous armer d'une grande patience pour persévérer dans une voie expérimentale aussi fatigante et dispendieuse.

N. 2. (16e **de la série**). 12 nov. *Trois gm. d'ars. Traitement alcoolique.* — Cheval entier, gris sale, de foire, assez fort, bien portant, un peu maigre. A 9 h. du matin, 3 gm. d'ars. dans 750 gm. d'eau. A 9 h. 1/2, on donne demi-litre d'eau-de-vie et 225 gm. de sucre. A 11 h. 1/2, à 2 h. à 5 h. et à 8 h., même potion. Le cheval a présenté des symptômes d'ivresse toute la journée; son pouls a été constamment fort et pas accéléré; il a mangé tout ce qu'on lui a présenté (3 kilog. de foin, 5 kilog. de paille). Le lendemain 13 nov., à 5 h. du matin, même potion. Pouls fort, 37. Le cheval chancèle un peu quand on veut le faire déplacer. A 8 h., il a refusé de boire, mais il a très bien mangé du foin et de l'avoine. A 10 h. et à 2 h., potion idem; il a mangé une botte de foin et bu trois litres d'eau. Le 14, à 5 h. du matin, à midi, à 3 h., à 7 h., potion idem. Le 15, à 6 h. du matin, à 8 h., à midi, à 5 h. du soir, potion idem. Le cheval continue à manger tout ce qu'on lui donne. Les 16, 17, 18, il mange avec appétit et ne présente aucun symptôme. le 26 nov., il continue à se bien porter.

Ce cheval a guéri, grâce à l'action de huit litres de forte eau-de-vie administrés dans l'espace de trois jours. Il est à remarquer que non seulement les symptômes de l'intoxication ont été jugulés par cette action, mais encore l'alcool a été parfaitement toléré. Or, nous verrons plus loin qu'une dose d'eau-de-vie, pareille à celle-ci, ne peut être donnée impunément à

un cheval bien portant et qui n'est pas en même temps soumis à l'action d'un poison hyposthénisant. Nous ne voulons pas néanmoins établir, sur ce seul fait, une conclusion générale quelconque. Poursuivons donc l'étude des faits particuliers.

N° 3. (17e **de la série**). *Trois gm. d'ars. Traitement alcoolique.* 12 nov. — Cheval hongre, bai, maigre, ruiné, de petite taille, fiacre. A 9 h. du matin, 3 gm. d'ars. dans 750 gm. d'eau. A 9 h. 1/2, demi-bouteille de vin blanc. A 10 h. 1/2, demi-bouteille de vin blanc. On continue le vin blanc à la même dose, à 11 h. 1/2, à 3 h , à 4 h. 1/2, à 5 h., à 8 h. Peu de temps après l'administration de l'arsenic, la respiration est devenue prompte : pouls vite et petit. Le reste de la journée, le pouls et la respiration ont acquis de la vitesse, le pouls a pris de la force, le cheval a mangé avec peu d'appétit. A 8 h. 1/4, il urine abondamment. Le lendemain, 13, on recommence et continue l'usage du vin à 5 h. du matin, à 8 h., à 10 h., à midi, à 2 h., puis à 7 h. du soir. Dès le matin, le pouls est toujours un peu vite, mais il perd de sa force. A 8 h. du matin. il a refusé de boire et de manger. A 8 h. du soir, il a refusé également. Le 14, on revient au vin blanc à 5 h. du matin, à 7 h. 1/2, à 10 h., à midi, à 2 h. — A 2 h. 1/2, l'animal se couche ; mort à 3 h.

Neuf bouteilles de vin blanc en tout ont été employées chez ce cheval et pourtant la vie s'est éteinte malgré cette action excitante. Il est vrai que cela n'a eu lieu que le troisième jour, c'est-à-dire 54 heures après l'ingestion du poison. Ne doit-on pas cette prolongation de l'existence à la médication employée? Comparez ce fait avec quelques-uns de ceux qu'on lira plus loin et dans lesquels on a employé la médication antiphlogistique, et l'on verra une différence considérable. Une médication peut être parfaitement indiquée et rester pourtant au dessous de la guérison. Ici, il s'agit d'établir un principe thérapeutique. On voudra bien remarquer que l'animal a uriné abondamment vers la fin du premier jour et que cela n'a pas empêché la marche désastreuse de la maladie : c'est que l'évacuation du poison par un émonctoire quelconque est indifférente après l'absorption, tout le mal étant dans l'impression primitive que les organes éprouvent par l'action même du poison. Il en est effectivement de cette action comme de celle d'un boulet ou d'un biscaïen qui traverse le corps et laisse la mort dans les organes, qu'il soit ou non sorti. D'ailleurs, l'expulsion du poison par un émonctoire suppose l'intégrité des fonctions organiques ou les éléments d'une réaction salutaire, ce qui n'existe pas quand la dose est mortelle. En d'autres termes, l'évacuation critique du poison par les urines constitue un fait secondaire, une guérison déjà accomplie, et non un moyen de guérison. Nous parlons aux médecins qui nous comprennent et non aux chimistes étrangers à la connaissance des lois qui régissent les fonctions de l'organisme.

Septième expérience. (19 nov. 1840.) N° 1. (18e **de la série**). — *Trois gm. d'ars. Traitement alcoolique.* — Jument grise, taille moyenne, (1 m. 35 c.), hors d'âge (15 ans). Pouls 44, respir. 12, toux sèche. A midi 15 minutes on lui donne trois gm. d'ars. dans 750 gm. d'eau. A midi moins un quart, on administre demi-litre d'eau-de-vie et 125 gm. de sucre. A 2 h., même potion d'eau-de-vie. A 3 h., il a uriné. A 5 h., demi litre d'eau-de-vie et 125 gm. de sucre. Le lendemain, 20 nov.. à 7 h. du matin, on administre une pareille dose d'eau-de-vie. Avant cette administration, le pouls marque 41, assez fort; le cheval mange avec appétit; point de diarrhée; il a fianté la nuit. A midi, l'animal va bien. A 5 h. on donne demi-litre d'eau-de-vie. Le 21, à 7 h. du matin, il mange bien. Vers les 2 h., il refuse de manger. A 3 h., même potion d'eau de-vie. Le 22, à 8 h. du matin, le pouls est petit, fréquent, les membres sont engorgés, l'animal mange à peine. Il n'a pas présenté de signes bien saillants d'empoisonnement. Il a été livré à l'équarrisseur.

On aurait pu, dans ce cas, élever des doutes sur la gravité de la dose ci-dessus d'arsenic, s'il n'avait pas été prouvé que trois grammes de ce poison avaient été mortels sur un autre cheval (15e), et si cela ne résultait pas d'ailleurs d'autres faits que nous rapporterons plus loin. Trois litres d'eau-de-vie ont été donné en tout dans la dernière expérience, et le traitement n'a été suivi que pendant trois jours seulement; il a été abandonné à cause de la dépense qu'il entraînait, et parce que la prolongation de la vie de l'animal était déjà une garantie en faveur de la méthode stimulante. On comprend que l'animal aurait pu mourir après cette époque sans rien préjuger au principe qu'il s'agit d'établir.

N° 2. (19e **de la série**). *Effets de trois gm. d'ars. Traitement nitré.* — Jument âgée de 16 ans, taille 1 m. 45 c. Pouls 46, normal; respir. 12, asthme (emphysème pulmonaire). A 11 h. 1/2, 3 gm. d'ars. dans 281 gm. d'eau. A midi 5 minutes, l'animal urine avant de lui administrer la potion nitrée. A midi et demi, 30 gm. dans trois litres d'eau et un quart de bouteille d'eau de Seltz artificielle. L'animal boit difficilement, sa respiration devient agitée après l'administration de l'eau nitrée; il a perdu un quart du liquide environ. A trois h., même potion nitrée et un quart de bouteille d'eau de Seltz; il perd un quart du liquide. Respiration accélérée, pouls très vite, faible; l'animal refuse de manger. A 5 h., on répète la potion nitrée et eau de Seltz. Le 20, à 7 h., respiration avec soubresauts. On administre potion nitrée. Pouls 60. L'animal a uriné dans la nuit. A midi, potion nitrée; liquide écumeux par les narines; flancs très agités. Le 21, à 7 h. du matin, le cheval a toujours la respiration agitée; il mange; il est debout; il était resté couché une partie de la journée de la veille. Le 22, à 8 h. du matin, la respiration était encore très agitée, il mangeait; il a été livré à l'équarrisseur; il n'avait pas présenté de signes saillants d'empoisonnement.

N° 3. (20e **de la série**). *Trois gm. d'ars. Saignée.* — Cheval bai, hongre, âgé de 16 ans, taille 1 m. 45 c. Pouls 36, normal; respiration 16; très maigre. — A 11 h. 38 m., 3 gm. d'ars. dans 280 gm. d'eau. — A 2 h. 1/2, saignée de 2 kilog. — A 5 h., autre saignée pareille. Le cheval a mangé un peu de paille; le pouls s'est accéléré; pas uriné. — Le 20, à 6 h. du matin, saignée de 2 kilog. Le cheval mange avec appétit; pouls mou, 41; point de diarrhée. Le cheval a uriné à midi. Saignée de 2 kilog.— Le 21, à 7 h. du matin, il a uriné. — Le 22, à 9 h. du matin, il est couché, il ne peut se servir de son train postérieur ; il mange couché; on le tue pour être livré à l'équarrisseur. Il n'avait pas manifesté de signes bien marqué d'empoisonnement.

Ces deux faits avaient pour but de prouver les dangers des saignées et des boissons nitrées dans l'intoxication arsénicale ; le résultat n'a pas été très marqué cependant. Il faut noter, d'une part, que les doses de ces remèdes ont été faibles ; de l'autre, que le poison lui-même s'est trouvé dans des circonstances particulières d'absorption légère, circonstances que nous rencontrerons encore plus loin et qui expliquent cette apparente impunité de l'arsenic et du traitement hyposthénisant. Chez les animaux herbivores, ces anomalies ne sont pas rares : cela tient à la présence très prolongée des aliments dans leur canal alimentaire, lesquels se mêlent au poison, l'enveloppent et en rendent quelquefois l'absorption difficile, surtout quand la substance toxique a été peu délayée comme chez les deux derniers chevaux. On a dû remarquer, en effet, qu'au lieu de 750 gm. d'eau on n'en a mis que 280 gm ; cela emmène, dans les resultats, une différence beaucoup plus grande qu'on ne le croirait *à priori*. Ajoutons que l'état asthmatique antérieur des chevaux précédents constituait une condition de tolérance pour les remèdes hyposthénisants, car il s'agit là, au fond, d'un travail phlogistique plus ou moins ancien. Nous reviendrons sur ce sujet. Disons, en attendant, que les personnes qui ont l'habitude de ces sortes d'expériences, savent combien les résultats sont parfois contradictoires en apparence, et combien il faut de faits nombreux pour tirer des conclusions rigoureuses.

Huitième expérience (26 nov.). N° 1. (21e **de la série**). *Trois gm. d'ars. Traitement antiphlogistique.*— Cheval entier, gris, hors d'âge, taille 1 m. 27 c., ruiné, mange bien. — A 11 h., 3 gm. d'ars. dans 750 gm. d'eau. — A 3 h., saignée de 2 kilog. Avant la saignée, il tremblait un peu ; immédiatement après la saignée, il vacille, il est très faible ; on l'emmène à l'écurie, il refuse de manger. — A 5 h., petite saignée d'un litre ; le cheval tombe et paraît expirer. Pendant la seconde saignée, il a sué. Mort à 6 h. du soir, savoir, sept heures après l'ingestion du poison.

N° 2. (22e **de la série**). *Trois gm. d'ars. Traitement alcoolique.* — Cheval entier, gris, ruiné, mange bien. — A 11 h., on lui administre 3 gm. de poison dans 750 gm. d'eau. — A midi et demi, 1/2 litre d'eau-de-vie et 120 gm. de sucre. L'animal refusait déjà de manger. Dans la journée il mange quelques brins de luzerne. On ne lui présente pas à boire ; il n'a uriné ni eu de diarrhée. Le lendemain, 27, à 6 h. du matin, même potion alcoolique. Il n'a pas mangé et il refuse de manger. — A 8 h. du matin, tremblements généraux, particulièrement des cuisses. — A 10 h, les tremblements continuent ; l'animal refuse toujours de manger. Il s'est couché, puis relevé spontanément presqu'aussitôt. Puis il a mangé, jusqu'à 5 h., une portion d'avoine. — A 5 h. du soir, potion alcoolique, *ut supra* ; il commençait déjà à agiter ses flancs. — Le 28, à 5 h. du soir, flancs très agités, point de diarrhée, il n'a pas uriné depuis l'empoisonnement, refuse de manger, il n'a bu que trois ou quatre gorgées d'eau ; il s'est couché à 4 h. 1/2, puis il s'est relevé peu de temps après et a chancelé. — Le 29, on lui donne un quart de litre d'eau-de-vie dans un demi-litre d'eau. Dans la journée, il paraît mieux ; pas de diarrhée, il rend du mucus par l'anus qui paraît béant. Le 30, le mieux continue, il mange un peu d'avoine et de luzerne. On lui administre un quart d'eau-de-vie, *ut supra*. A sept h. du soir, mort. L'agonie a été longue. Il n'a pas eu de diarrhée. La durée de la vie a été de quatre jours et demi pleins.

N° 3. (23e **de la série**). *Trois gm. d'ars. Traitement nitré.* — Cheval gris, de fiacre, hors d'âge, taille 1 m. 35 c., maigre, mange bien. — A 11 h. on donne 3 gm. d'ars. dans 750 gm. d'eau. Il n'a pas encore présenté de symptômes d'empoisonnement ; il refuse de manger. — A 3 h., même potion nitrée ; tremblements ; refuse de manger. — A 5 h, tremblements plus forts, refus de manger ; diarrhée infecte, foncée, abondante. — A 7 h., potion nitrée ; diarrhée ; le cheval se couche. A 10 h. du soir, mort. Durée de la vie, onze heures.

Dans ces trois faits les résultats se sont enchaînés avec assez de netteté. On voit manifestement les effets désastreux de la médication antiphlogistique, la mort ayant été très prompte sous cette influence ; tandis que, au contraire, la vie s'est prolongée au delà de quatre jours chez le cheval alcoolisé. On voudrait, sans doute, avoir des guérisons complètes pour mieux juger ; mais nous verrons que, chez les animaux herbivores, il y a peu de résistance vitale comparativement aux carnivores, et une fois l'organisme frappé vigoureusement par le poison, rien ne saurait, chez eux, empêcher une terminaison fatale. Nous le répétons, il ne s'agit ici que d'établir un principe, la question de la guérison se rattachant à des circonstances variables que nous examinerons plus loin.

N° 4. (24e **de la série**). *Effets de sept litres d'eau-de-vie, sans traitement.* — Cheval entier, de diligence, morveux, six ans, bonne santé. — A midi et demi, on lui administre un demi-litre d'eau-de-vie. — A 2 h. 1/2, id. — A 5 h. un litre. L'animal ne présente pas de symptômes d'ivresse, il a toujours mangé. — Le 27, à 6 h. du matin, un litre d'eau-de-vie. Pas de symptômes d'ivresse. — A 10 h., un litre. Il mange toujours bien ; il chancèle dans l'écurie et quand on le fait marcher dans la cour. Pouls vite et fort. — A midi, même dose d'eau-de-vie. L'ivresse est manifeste ; l'animal mange cependant. — A 2 h., un litre. — A 2 h. 1/2, ivresse extrême, le cheval est tombé sur le derrière et n'a pu se relever qu'avec l'aide du gardien. Depuis ce moment il refuse de manger, ses flancs sont agités. — A 5 h., un litre d'eau-de-vie. Flancs agités, pas mangé, il a fianté et uriné ; il chancèle et menace de tomber. — Le 28, à 4 h. 1/2 du soir, il refuse toujours de manger ; il a bu 3 litres d'eau à peu près. Pouls vite et petit. Le cheval ne chancèle pas en ce moment, il paraît gai ; il a fianté et uriné. Point de diarrhée. — Le 29, plus d'ivresse ; le cheval est renvoyé bien portant à l'équarrisseur. En tout sept litres d'eau-de-vie en deux jours pleins.

Il nous avait semblé important, pour la suite de ce travail, de nous assurer, par une nouvelle expérience, jusqu'à quel point le cheval tolérait les alcooliques. On vient de voir que cette tolérance est très grande, puisque les phénomènes d'ivresse ne se sont declarés qu'après de très fortes doses d'eau-de-vie et que ces symptômes se sont promptement dissipés par les seules forces de l'organisme. Tout cela offre, comme on le voit, un grand intérêt au double point de vue de la science et de la pratique.

Neuvième expérience (3 déc. 1840). N° 1 (25e **de la série**). 3 *gm. d'ars. ; traitement alcoolique.* — Cheval

hongre, gris, hors d'âge, de fiacre, taille 1 m, 37 c. — A 11 h., il reçoit 3 gm. d'ars. dans 750 gm. d'eau. — A midi, on donne un demi-litre d'eau-de-vie pure. L'animal mange. — A 6 h. du soir, autre potion d'eau-de-vie. Dès 4 h., il avait la diarrhée; mais il a mangé un peu. — Le 4, à 6 h. du matin, même potion d'eau-de-vie, il mange bien, il a bu deux litres d'eau. — A 5 h. du soir, une bouteille de vin et un gramme d'opium. — Le 5, à 6 h. du matin, une bouteille de vin et un gramme d'opium. — A 10 h. 1/2, le cheval est couché; diarrhée, pouls faible, petit; l'animal mange peu. — A 5 h. du soir, un litre de bouillon mêlé avec 120 gm. de farine de froment. — Le 6, à 7 h. du matin, une bouteille de vin et un gm. d'opium. L'animal a uriné et mangé assez bien. — Le 7, il mange assez bien. Eau-de-vie le matin, opium le soir. — Le 8, il mange bien; même traitement. — Le 9, il mange moins bien; eau-de-vie le matin, opium et bouillon le soir. — Le 10, deux grammes d'opium et bouillon, demi-litre d'eau-de-vie; il mange peu, il rend des crotins bien formés. — Les 11, 12, 13, traitement *idem*. — Le 14, crotins bien formés. On cesse tout traitement; le cheval est conservé et nourri jusqu'au 21 janvier 1841, c'est-à-dire près des deux mois il est tout à fait bien portant; seulement ses défécations ont été tantôt molles, tantôt liquides. A cette époque, il a été abattu et ouvert immédiatement. — *Autopsie :* le sac gauche de l'estomac offre une muqueuse durcie, violette. L'estomac est rétréci. Les intestins grêles présentent de même la muqueuse ferme, d'un rouge foncé, irrégulièrement réparti. Dans tout le tube intestinal, il y a des excréments mous, mélangés avec beaucoup de mucus. Le tissu cellulaire du mésentère est infiltré de sérosité citrine.

Cette observation est assurément la plus importante de cette série. Quatre litres et demi d'eau-de-vie, trois bouteilles de vin, dix gram. d'opium (200 grains), tels sont les moyens employés pendant les onze jours du traitement; une alimentation substantielle a accompagné et suivi la médication stimulante pendant près de deux mois. Les frais d'entretien et des remèdes employés chez ce cheval se sont élevés à plus de cent francs. On a dû remarquer par l'autopsie que les organes étaient en bon état et en pleine voie de guérison. On comprend, par un pareil état de choses, la nécessité d'un long traitement dans certains cas, pour obtenir une guérison franche.

N° 2 (26e **de la série**). 3 *gm. d'ars.*; *traitement antiphlogistique.* — Cheval entier, bai, hors d'âge, de fiacre. — A 11 h., 3 gm. d'ars. dans 750 gm. d'eau. — A midi et demi, saignée de deux kil. Evacuation alvine molle, brune. — A 2 h., il mange. — A 3 h. et à 5 h., il mange aussi; mais il s'est couché depuis une heure, puis il s'est relevé vers les deux heures, et il tremble depuis lors; il agite les flancs. — Le lendemain 4, à 6 h. du matin, il mange du foin. — A midi, pouls très faible. — A 1 h. 1/2, saignée 2 kilog. — A 4 h., il se couche, paraît assez tranquille. — Le 5, à 10 h. du matin, saignée du 2 kilog. Il est toujours faible, mange peu, diarrhée. — A 5 h. du soir, saignée *id.* — Le 6, mange un peu, a uriné. — Les 7, 8, mange peu, diarrhée, il reste couché. — Les 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, il continue à rester couché, a uriné, a la diarrhée, tremble, est extrêmement faible. — Le 18, mort à 8 h. du matin.

Ce cheval a passé par tous les degrés d'asthénie, et enfin sa vie s'est éteinte lentement et progressivement comme une lampe épuisée; pas la moindre réaction fébrile, le pouls toujours faible, et tout cela malgré l'évacuation réitérée des urines. Il est impossible de ne pas voir dans ce fait, qui ne diffère, que, peu au reste des précédents, un véritable type de l'action hyposthénisante de l'acide arsénieux et des effets dangereux de la médication antiphlogistique. Nous avons la conviction que ce cheval aurait résisté à la dose de trois grammes d'arsenic, et ne serait pas mort sans l'intervention de cette médication malheureuse que conseillent encore des hommes plus ou moins étrangers à la partie clinique de notre art.

N° 3 (27e **de la série**). 3 *gm. d'ars.*; *traitem. nitre.* — Cheval entier, hors d'âge, corneur. — A 11 h., 3 gm. d'ars. dans 750 gm. d'eau. — A midi, on donne 60 gm. de nitre dans une bouteille d'eau. — A 2 h., à 4 h., à 6 h., potion nitrée, il mange, a uriné une fois. — Le 4, potion nitrée à 11 h., à 4 h., à 6 h., à 8 h. du soir. — Le 5, il mange et boit bien; on répète la potion nitrée à 8 h. du matin, à 10 h., à midi, à 2 h., à 4 h., à 6 h., à 8 h.; il a uriné une fois. — Le 6, pas de diarrhée; on donne nitre plusieurs fois, pas uriné. — Les 7, 8, 9, potion nitrée, pas uriné, pas de diarrhée, l'animal boit et mange bien. L'animal a pris jusqu'ici plus d'un kilog. (deux livres) de nitrate de potasse impunément. — Le 10 déc., la diarrhée se déclare; mais l'animal mange et boit bien. On a continué le nitre pendant plus de dix jours encore, à la dose de 120 gm. (4 onces) par jour, dans le but de l'empoisonner à l'aide de ce sel, et, chose étrange, l'animal n'a pas éprouvé le moindre symptôme, si ce n'est un peu de diarrhée qui s'est bientôt arrêtée, et avec cela pas d'urines. L'animal a été abandonné comme invulnérable, pour ainsi dire. Il n'a pas présenté en effet de symptômes d'empoisonnement ni par l'arsenic, ni par le nitre.

Résumé des faits de cette série. — Cette série comprend neuf expériences et un total de vingt-sept chevaux. Chez tous, l'acide arsénieux a été administré à l'état de solution parfaite, plus ou moins délayée. En général, c'est à une quantité de 750 grammes d'eau (une livre et demie) que nous nous sommes arrêtés; dans quelques cas cependant, la dose d'eau a été moindre; nous verrons que cela a eu influence réelle sur les effets du poison. Cette différence tient sans doute à la facilité de pénétration, d'absorption de la solution, en raison de la quantité d'eau. Au point de vue de la dose de l'arsenic employé, ces faits se partagent naturellement en quatre groupes, suivant qu'ils se rapportent à des chevaux empoisonnés avec trois grammes et au dessous, quatre grammes et au dessus. — 1er. Les cas de trois grammes sont au nombre de 12. Sur ce nombre, 5 appartiennent au traitement alcoolique, 6 au traitement antiphlogistique ou nitré, 1 a servi à expérimenter la tolérance pour l'alcool chez le cheval (24e cas). Chez ce dernier, sept litres de forte eau-de-vie ont été administrés dans l'espace de deux jours; l'animal a présenté des symptômes d'ivresse, mais il s'est promptement rétabli, ce qui conduit a conclure que la tolérance pour les alcooliques chez le cheval est très grande. — 2e. Les cas au dessous de trois gm. sont au nombre de trois; ils se rapportent à 2 gm., à 1 gm., à 1/2 gm. Ces trois

animaux n'ont pas été traités, et ils ont servi à prouver que ces doses n'étaient pas mortelles chez le cheval, malgré que le poison ait été très délayé.—3e. Les cas à quatre gm. s'élevaient à trois seulement, dont un abandonné sans traitement, un second traité par les boissons nitrées, un dernier par les alcooliques. — 4e. Les cas enfin relatifs à des doses supérieures à quatre gm. sont au nombre de sept. Sur ce total, il y en a trois abandonnés sans traitement, deux soumis au traitement alcoolique, et deux à la médication antiphlogistique ou nitrée. Un autre cheval (2e cas) a servi à expérimenter les effets d'une dose de 500 gm. d'alcool à 33°, sans arsenic. Les effets de l'ivresse ont été assez manifestes, l'animal en a été réellement malade, et enfin il a été abattu et autopsié. Ce fait semble en contradiction avec un autre analogue que nous venons de mentionner (24e cas); nous devons faire remarquer cependant que dans le n° 24e on n'a fait usage de l'eau-de-vie que par petites doses répétées, tandis que dans le n° 2e on a donné l'alcool pur, à la dose d'une livre et d'un seul trait. Ces deux faits s'accordent donc à prouver la grande tolérance naturelle pour les alcooliques chez le cheval. Cette circonstance nous explique un autre fait important; savoir, la facilité extrême avec laquelle les chevaux succombent aux actions hyposthénisantes. On ne s'attendait pas en effet qu'une si faible dose, de trois grammes d'arsenic, pût suffir à tuer un animal aussi volumineux, aussi puissant. C'est que sa résistance vitale pour cette action est très faible; aussi succombe-t-il aisément et est-il difficile à guérir. C'est aussi cette même faiblesse congénitale qui constitue la condition de tolérance, ou la capacité organique chez cet animal. Sous ce rapport, la différence est immense entre le cheval et le chien, ce dernier tolérant à peine les alcooliques et grandement les hyposthénisants. Cette remarque générale est à nos yeux d'une grande importance pour la thérapeutique vétérinaire, ce qui s'accorde avec une autre observation due à M. Leblanc, savoir que chez les chevaux malades les remèdes métalliques les plus énergiques, comme le tartre stibié à haute dose, par exemple, ne réussissent guère.

Sous le rapport des effets de l'arsenic et des médications employées dans cette série, les faits s'enchaînent de la manière suivante. D'abord, pour ce qui est de la dose de quatre grammes et au dessus, tous les animaux traités ou non traités sont morts indistinctement. Leur nombre s'élève à une dixaine. Ces doses, effectivement, étaient hors de la portée de nos ressources, et ce n'était pas d'ailleurs la guérison que nous cherchions dans ce premier groupe d'expériences; nous ne cherchions en effet que le minimum de la dose mortelle que nous avons atteint entre deux et quatre grammes (toujours en grande solution). Voici cependant les remarques que nous a suggérées le groupe de cas relatifs aux doses supérieures à quatre grammes. — Les trois cas non traités de ce groupe (1, 3e, 5e) se rapportent à des doses de 27, 13, 8 gm.; la durée de la vie a été de 9, 27, 40 heures et avec tous les symptômes de l'hyposthénie que l'autopsie est venue confirmer parfaitement. Les deux cas traités par les alcooliques (4e, 8e) se rapportent à des doses de 8 grammes. La durée de la vie a été de 12, 10 h. Il faut remarquer cependant que le traitement, dans ces deux cas, doit être considéré comme non avenu, par la raison que l'alcool n'a été administré que trois ou quatre heures après l'injection du poison et lorsque l'organisme était déjà frappé mortellement par celui-ci. Les doses étaient d'ailleurs au dessus des ressources, et la durée moindre de la vie ne prouve absolument rien, cela dépendant de la variabilité naturelle de la résistance organique. Les deux autres cas enfin traités par les antiphlogistiques ou les soi-disant diurétiques (6e, 7e) se rapportent à des doses de 13 et 8 gm. La durée de la vie a été de 14, 7 h. Le dernier de ces cas a été remarquable par l'effet foudroyant de la médication. On s'imagine à peine, à moins d'avoir été témoin oculaire, l'effet de la saignée et des boissons nitrées sur les animaux empoisonnés; à l'instant, le pouls devient petit et fréquent par les contractions incomplètes du cœur, tout le corps est saisi de tremblements, se couvre de sueurs froides, et l'animal succombe dans une sorte de décalorification générale ou de choléra algide.

Le groupe des cas empoisonnés avec 4 gm. ne comprend que trois individus, ainsi que nous venons de le dire. Un seul a été abandonné à la nature (9e cas), et il est mort en 30 h. Un second (11e cas), traité par les alcooliques, est mort en 8 h.; mais il faut noter que le poison était passé en partie dans la trachée pendant l'ingestion; or, dans les bronches, l'absorption est beaucoup plus prompte que dans l'estomac. L'autre cas enfin (10e), traité antiphlogistiquement, est mort en 4 h. Nous devons faire remarquer que tous ces animaux ont plus ou moins uriné quand leur existence a été un peu longue, et que ce phénomène nous a paru tout à fait étranger aux présomptions ridicules de M. Orfila. Chez tous ces animaux, comme chez les précédents, les symptômes de l'hyposténie ont été de la dernière évidence et confirmés par l'autopsie.

Nous arrivons enfin au groupe le plus important, à celui des animaux empoisonnés avec trois grammes. Cette dose est généralement mortelle chez le cheval; cependant elle ne l'est pas toujours. Il est, en effet, des constitutions qui résistent à cette quantité de poison. Nous avons dû la prendre cependant comme type général dans les expériences à venir, par la raison que les individus chez lesquels cette dose ne serait pas mortelle, elle doit, d'après nos principes, le devenir par un traitement antiphlogistique. Les résultats comparatifs auront donc toujours une signification utile à la thérapeutique. Des cinq cas de ce groupe, traités par les alcooliques, trois ont guéri (16e, 18e, 25e), deux sont morts (15e, 17e). Des trois guéris, le premier a pris huit litres d'eau-de-vie avec une tolérance parfaite; le second, trois litres; le troisième, quatre litres et demi, et en outre dix grammes (200 grains) d'o-

pium. Des deux morts, l'un a vécu plus de trois jours (17e cas), l'autre à peine dix heures. Ce résultat est déjà satisfaisant, bien que nous ne le donnions ici que comme un début, en quelque sorte, de ce travail que nous devons continuer; car, dans cette première série d'expériences, nous avons dû tâtonner pendant longtemps avant de pouvoir nous créer des données capables de nous guider, rien n'existant encore dans la science à ce point de vue chez les chevaux. Quant aux six cas traités par les antiphlogistiques et les boissons réputées diurétiques, nous devons écarter le dernier (27e) comme ayant servi dans un autre but. Reste donc un total de cinq. Sur ce nombre, trois sont morts, l'un en 7 h., (21e cas), l'autre en 11 h. (23e cas), le dernier en un temps plus long. Sur l'un des deux autres qui ne sont pas morts (19e cas), le poison n'avait été que très peu délayé; ses effets ont été presque nuls. Cette circonstance du degré d'étendue du liquide est beaucoup plus importante qu'on ne croit. Nous n'attachons pas au reste une très grande importance à ces chiffres, par la raison qu'ils ne sont pas encore assez élevés pour autoriser une conclusion générale incontestable; mais la chose que nous recommandons à l'attention des cliniciens, c'est l'examen minutieux des conditions de chaque fait en particulier; on verra dans cette étude l'exactitude de cette double vérité fondamentale, savoir 1° que l'action dynamique de l'arsenic est hyposthénisante, et réclame par conséquent une médication stimulante; 2° que le traitement antiphlogistique ou nitré augmente l'action du poison et rend mortels les cas qui ne le seraient pas d'eux-mêmes. (La suite au prochain n°.)

REVUE GÉNÉRALE.

Recherches cliniques sur le traitement du rhumatisme articulaire aigu par le sulfate de quinine; *par M. Legroux, médecin à l'Hôtel-Dieu annexe, etc.* — Ce travail, inséré dans le *Journal de médecine*, est basé sur un assez grand nombre d'observations et offre un véritable intérêt pratique dans l'état actuel de la science. L'auteur a été conduit à employer le sulfate de quinine comme remède hyposthénisant, par les faits publiés par M. le docteur Briquet sur le même sujet. L'expérience clinique ayant fini par le convaincre que l'action du remède était réellement telle que l'avait signalée l'école italienne, c'est-à dire contro-stimulante, M. Legroux a adopté, en dernier lieu, la formule de cette école, savoir : l'administration du médicament avec la saignée, et il a obtenu les plus heureux résultats, ainsi qu'on va le voir par l'analyse de ce travail.

L'auteur commence par expliquer pourquoi, après avoir été partisan des saignées à haute dose dans le rhumatisme articulaire aigu, il s'est laissé tenter par une autre médication. « Les raisons qui m'ont engagé, dit-il, à expérimenter ce médicament (sulf. de quin.), l'adopter ensuite, sont les suivantes: Les émissions sanguines ont d'incontestables avantages, mais elles ont aussi leurs inconvénients et ne sont pas applicables à tous. Elles seraient mortelles chez un rhumatisant anémique. Le succès suit souvent leur emploi, dirigé par une main habile; mais on ne peut disconvenir que, même dans les cas les plus heureux, elles ne laissent après elles une anémie plus ou moins prononcée, des convalescences quelquefois longues, et une disposition aux récidives, par suite de la faiblesse dans laquelle certains malades sont plongés. D'un autre côté, n'était-il pas permis de se demander si les émissions sanguines répétées ne favorisaient pas les migrations des congestions rhumatismales sur le cœur, en voyant la dissidence qui régnait sur ce point de pathologie entre des hommes également versés dans la pratique des malades?.. »

La formule à laquelle M. Legroux s'est arrêté après quelqnes tâtonnements est la suivante : « Je prescris, dit-il, le sulfate de quinine à la dose d'un gm. 50 centig. (30 grains) le premier jour, suivant la force du sujet et l'intensité de la diathèse rhumatismale. Cette dose est fractionnée en six ou ou huit prises qui sont administrées de deux en deux heures. Le sel est donné en poudre, bien enveloppé dans du pain azyme, de manière à ce qu'il puisse arriver dans l'estomac, sans que les malades perçoivent la moindre sensation d'amertume. Immédiatement après chaque prise, je fais avaler un demi-verre de limonade sulfurique pour faciliter la solution du médicament dans l'estomac, et par suite son absorption... Le second jour et les jours suivants, d'après les effets obtenus, je maintiens ou j'élève la première dose, mais jamais je n'ai dépassé celle de 2 gm. (40 grains) en 24 heures, chez les derniers malades que j'ai soumis à cette médication. Lorsque les douleurs et la fièvre sont éteintes, je reduis la dose à 1 gm., à 75 centig., à 50 centig. (20, 15, 10 grains), continuant ainsi le traitement pendant un ou deux jours. Je crois même qu'il y aurait avantage à le prolonger quelques jours de plus, et que l'on prévendrait ainsi les récidives qui, d'ailleurs, ont été fort rares avec le mode de traitement que je viens d'indiquer.»—Assez souvent des saignées modérées ont été jointes au sulfate de quinine quand le mal présentait des caractères d'une grande activité. — « Les phénomènes qui résultent de l'absorption du sulfate de quinine, à la dose qui vient d'être indiquée' sont des sifflements d'oreille, quelques vertiges, une légère surdité, la dilatation des pupilles, accidents modérés et passagers, qui sont, en quelque sorte, le thermomètre de l'action du médicament, et dont le plus ou moins d'intensité sert à régler l'augmentation ou la diminution des doses. Si par une cessation trop prompte de la médication, ou par toute autre cause, la récidive survient, ce qui est rare, je recommence le traitement de la même manière. »

La durée du traitement n'a été généralement que de trois ou cinq jours, et les guérisons ont eu lieu sans le moindre accident. Vingt-quatre observations sont rapportées par l'auteur, avec plus ou moins de détails à l'appui de la pratique en question. Constamment M. Legroux a observé le pouls baisser considérablement et la fièvre s'apaiser par l'usage du sulfate de quinine, et l'effet antiphlogistique de ce remède a été des plus patents; aussi l'auteur n'hésite-t-il pas à déclarer ce moyen un pu ssant *hyposthénisant* (mot adopté par M. Legroux). Ces sortes de cures qui étonnent aujourd'hui en France sont depuis longtemps familières aux cliniques de l'école dynamique. Le rhumatisme n'est, d'après cette école, qu'une artérite, et le sulfate de quinine n'agit autrement que comme un hyposthénisant vasculaire. Le nitrate de

potasse se présente au même titre, bien qu'à un degré moindre d'énergie. M. le docteur Monneret, qui a publié naguère un travail sur le même sujet, travail remarquable et par la clareté parlante des faits et par les conclusions *antilogiques* de l'auteur, se trouve aujourd'hui parfaitement refuté et par les propres faits de son mémoire et par ceux que M. Legroux vient de faire connaître.

TRANSACTIONS ACADÉMIQUES.

Greffements autoplastiques. — Dans la séance du 10 février, M. Jobert, de Lamballe, a lu un mémoire intitulé : Du rétablissement de l'action nerveuse dans les lambeaux autoplastiques. Ce travail, qui a été écouté avec un grand intérêt, a eu pour but de démontrer que les lambeaux autoplastiques perdent pendant quelques temps de leur sensibilité après la section de leur pédicule, mais que cette sensibilité reparaît plus tard à mesure que la circulation devient plus abondante et plus libre dans les tissus greffés; de sorte que, pendant plusieurs mois après la section du pédicule, on peut piquer avec une épingle le lambeau sans produire aucune sensation, mais plus tard, lorsque le lambeau aura acquis de la couleur par le rétablissement de la circulation, la sensibilité nerveuse se manifeste et les piqûres d'épingle y produisent de la douleur comme dans les parties ajacentes. L'auteur a rapporté plusieurs faits de sa pratique à l'appui de cette observation. Partant de ces faits isolés, M. Jobert s'est élevé à l'investigation des causes du phénomène; il a cherché d'abord par la dissection anatomique la solution du problème. Des expériences nombreuses sur des animaux, et une dissection cadavérique chez un de ses anciens opérés qui venait de succomber a une maladie accidentelle, lui ont démontré qu'aucun filet nerveux ne traversait la cicatrice, mais que les tronçons des filets primitifs existaient bien à l'état isolé dans le lambeau. Il a donc été impossible d'expliquer le fait, soit par allongement des nerfs adjacents au lambeau, ou existant dans le lambeau lui-même, soit par anastomose des deux parties nerveuses coupées et séparées par le tissu inodulaire. M. Jobert a eu en conséquence recours à une théorie toute dynamique. Se basant sur quelques expériences d'électricité animale, de MM. Dumas, Boussingault et de Humboldt, il a cru trouver dans le sang lui-même de la circulation du lambeau les éléments excitateurs de la sensibilité des filets nerveux sequestrés dans les tissus greffés. Ce qui semble favorable à cette doctrine, c'est que le retour de la sensibilité ne s'effectue qu'à la longue, avec le retour de la circulation, ainsi qu'on vient de le voir.

Bras artificiel.—Dans la séance du 17 février, M. Magendie a lu un rapport favorable sur nn bras artificiel présenté par un mécanicien hollandais, M. Van Peterssen. Cet appareil, destiné seulement aux sujets qui ont été amputés dans la continuité du bras, et qui présentent par conséquent un moignon mobile au dessous de l'épaule, est creux, très léger, pesant à peine 500 gm. (une livre), et se compose du bras, de l'avant-bras, de la main et des doigts. Toutes ces parties s'articulent réciproquement et sont mobiles dans le sens des fonctions naturelles du membre à l'aide de plaques métalliques légéres et de cordes à boyau. On l'applique en l'emboitant sur le moignon, et on le fixe à l'aide d'un ruban de fil. Un petit corset est joint en même temps. Ce corset sert à donner attache aux cordons qui marchent le long de l'appareil et qui répondent à l'avant-bras, aux doigts, etc. Un simple gant et la manche de l'habit cachent tous ces mécanismes. Dans l'état de repos, les doigts sont fléchis aux trois quarts. Quand le patient veut relever son bras, porter sa main à la bouche, à la tête, il n'a qu'à agir sur son moignon comme s'il avait son membre naturel, et la machine lui obéit avec autant de flexibilité et de grâce que son bras primitif. Il en est de même s'il veut l'éloigner de la tête, l'allonger, le porter à sa ceinture, saisir un objet quelconque, etc. Les mouvements des doigts s'exécutent parfaitement par les seules impulsions du moignon à tel ou tel cordon. La commission de l'Académie a examiné cinq anciens amputés qui faisaient usage de cet appareil avec le plus grand avantage ; elle a fait des expériences sur un militaire invalide qui avait eu les deux bras amputés et qui a pu, à l'aide de l'appareil de M. Van Peterssen, prendre un verre d'eau, le porter à la bouche et le boire sans en perdre une seule goutte, ramasser une feuille de papier du sol, saisir une épingle, etc., avec la plus grande satisfaction du patient et de la commission. « Ces bras empruntés, qui l'avaient rendu un moment si heureux, il a fallu les quitter, et bien que la séparation ne fût pas cette fois l'amputation, elle n'en fut pas moins douloureuse. » — Ces dernières phrases ont touché les sentiments philantropiques de M. Arago qui a demandé à l'Académie d'intervenir en faveur de ce malheureux invalide qui s'est prêté à des expériences en faveur de la science, afin de lui fournir, aux frais de la compagnie, l'appareil sur lequel on vient de faire un rapport. Cette proposition a été adoptée à la grande satisfaction du public. Le prix actuel de cette machine est de 500 fr., mais il sera réduit de beaucoup par les simplifications que l'auteur espère y apporter.

Colique de cuivre. — Le docteur Blandet a lu dans la même séance un travail sur une affection propre aux ouvriers en cuivre, sorte de colique métallique, déjà signalée et décrite par divers auteurs comme analogue à la colique saturnine. On trouve chez ces ouvriers du cuivre dans les excréments. L'auteur propose les opiacés et le lait sucré comme remède de cette affection. Au point de vue dynamique, cette intoxication légère n'offre pas de différence essentielle avec la colique saturnine. M. Blandet admet au reste les présomptions de M. Orfila, sur l'action prétendue neutralisante de l'albumine.

— Sur les rapports favorables des Conseils de santé des armées et de la marine, les Annales de thérapeutique ont été adoptées dans les écoles d'instruction de médecine militaire et de Marine de France.

FAITS CRITIQUES.

Chlorure d'or. — Dans une troisième épitre que nous fait l'honneur de nous adresser, par l'organe de la Gaz. méd. de Montpellier, notre honorable confrère, M Chrestien s'efforce à ranimer une discussion déjà épuisée, sur l'action des composés auriques, en répétant à peu près l'argumentation que nous avons refutée dans notre dernier article; il ne trouve rien de mieux à nous opposer que quelques vieux faits connus, pêchés çà et là dans le livre de M. Legrand, et que nous avons rejetés comme inconcluants. Ces messieurs croient que la vérole *secondaire* est transmissible par contagion, nous le nions; ils présument qu'une vérole *primitive*, guérie pendant l'usage du chlorure d'or, prouve en faveur de l'efficacité de celui-ci, nous le nions encore; ils veulent que la poudre d'or soit un remède énergique, nous le nions pareillement; ils prétendent enfin que les composés auriques excitent, enflamment l'économie, nous nions toujours, parce que cela est *inexact*, parce que nous croyons

avoir prouvé le contraire, et parce qu'enfin M. Chrestien n'a pu ébranler, en quoi que ce soit, les idées fondamentales que nous avions émises. Notre savant confrère, au reste, paraît singulièrement désorienté dans la voie de l'analyse des phénomènes dynamiques dans laquelle il s'est trouvé engagé par notre examen; aussi, dans sa dernière épître, a-t-il déserté le champ de la discussion primitive pour se jeter dans l'accessoire de la seule action antisyphilitique de l'or, que nous avions admise nous-même dans notre travail. Au point où elle est arrivée, cette discussion n'apprend plus rien à nos lecteurs; nous n'entendons, par conséquent pas y revenir, à moins que de nouveaux faits importants ne viennent confirmer ou infirmer nos conclusions.

P. S. — Au moment de corriger cette épreuve nous recevons une quatrième lettre de M. le docteur Chrestien (Gaz. méd. de Montp., 15 fév.). Nous demandons excuse à notre honorable confrère de ne pas lui répondre cette fois sous forme épistolaire; il nous a semblé plus bref et plus libre de rentrer dans le style critique qui convient au journalisme. Il s'agit cette fois de trois observations empruntées à une lettre de J.-A. Chrestien, et dont la signification est tout aussi nulle, aussi vide que celle des faits précédents. Elles se rapportent à trois individus atteints de chancres et bubons primitifs, et qui ont guéri au bout de deux mois environ pendant l'usage du chlorure d'or. Les deux premiers ont présenté consécutivement des végétations hémorrhoïdales et condylomateuses à l'anus, au périnée, au sacrum; le chlorure avait été continué à dose minime après la guérison des chancres, et elles ont été combattues à l'aide des antiphlogistiques. Ces accidents secondaires sont attribués par l'auteur à l'abus de l'or et prouvent, selon lui, l'action excitante de ce métal : — diagnostic erroné, conséquences fausses. — Le troisième a offert, dans les mêmes circonstances, des tubercules à la peau, des battements dans les yeux et une amaurose consécutive. L'auteur regarde ces accidents également comme une preuve de l'action prétendue stimulante. — Encore ici répéterons-nous : diagnostic inexact, conséquences fausses! Ajoutons néanmoins que, dans le dernier cas, l'état des yeux pourrait bien se rattacher à l'abus de l'or, s'il était réellement prouvé que cet abus eût existé; mais c'est là un phénomène d'hyposthénie et non d'excitation : nous vous le prouverons prochainement. Au surplus, ces trois faits sont insignifiants par d'autres raisons encore, c'est que les malades n'ont été traités que par correspondance et vus à peine. Il est évident, pour nous, que M. Chrestien est loin des véritables données qui autorisent la caractérisation d'un remède stimulant. C'est là la source de tous les *quiproquo*, de toutes les erreurs, des prescriptions absurdes et parfois dangereuses qui compromettent la thérapeutique du jour; c'est que la matière médicale est à refaire par sa base. Nous dirons dans le prochain numéro ce qu'on doit entendre, au point de vue dynamique, par médication stimulante, quels sont les éléments qui la constituent, les indications qui la réclament : ce sera le sujet d'un article de fond.

PARIS.— IMPRIMERIE DE LACOUR ET COMP.,
Rue Saint-Hyacinthe-Saint-Michel 33.

TABLE ALPHABÉTIQUE DES MATIÈRES

Contenues dans le tome 2. (1844-1845.)

A. — **Abcès** froids, 64; — par congestion, 103; — phlegmoneux, 150; de l'orbite, 238; — des amygdales, 316; — pharyngiens, 376; — dans le nez, 378; — pectoral, 428; — des parois abd., 455; — du bras, 461.
Ablation d'un métatarsien, 103; — des amygdales, 145.
Abrasion de la cornée, 117.
Absorption élective, 86.
Action dynamique des eaux sulfureuses, 1, 41, 83.
Action de la poussière sur les poumons, 412.
Acide sulfurique, 431, 457.
Aconit, 413.
Albugo, abrasion, 117.
Alcoolat savonneux, 378.
Aliénation mentale, 76, 439, 449.
Aliments soufrés, 331.
Amputation de l'œil, 268; — de la cuisse, 30; — de la mâchoire, 142; — du pied, 146, 193, 265, 297; — d'un doigt, 260; de la jambe, 264, 267.
Amaurose, 25, 62, 155, 183, 215, 239, 267, 312, 389.
Amygdales, excision, 145.
Anchilops, 463.
Anévrisme, traitement interne, 86; — gastro-épiploïque, 109; — de la région fessière, 277; — poplité, 68, 395; — fémoral, 114; de la main, 251
Anévrismale, varice, 193.
Anchyloblepharon, 66.
Angine syphilitique, 237.
Ankylose du genou, 106.
Antisoprique, médication, 339.
Anus contre nature, 20, 181, 341; — lipome, 259; — fistules, 76, 279; — fissure, 62, 66, 253; — syphilis, 339.
Aortite, 444.
Aponévrose brachiale rétractée, 190.
Apoplexie oculaire, 105.
Appareil inamovible, 60.
Appartements, hygiène, 295.
Araignées, piqûres, 452.
Arthrocaces scrofuleuses, 177.
Arrachement du cuir chevelu, 30; — du bras, 145, 305; — des muscles de la main, 381.
Arsenic, 392, 430, 199, 229, 350, 232, 466.
Artère poplitée (éraillure de l'), 27; — radiale blessée, 260.
Artérite lente, 128, 463.
Articulations (malad. de petites), 267.
Atrésie pupillaire, 116.
Auditif conduit, corps étranger, 76.
Aurifères préparations, 358, 478.
Autoplastie, 216.
Avant-bras (flexion permanente), 59; — luxé, 346; — fracturé, 228.
Axonge, 173

B.-**Bains** de mer, 135, 281, 321, 361, 441; froids, 165, 305, 364; chauds, 324; chez les anciens, 324; — heure du bain, 44.
Baignoires, 8.
Barégine ou glairine, 8.
Bec-de-lièvre, 64, 100, 184.
Belladone, goutte, 116.
Bégaiement, 337.
Blennorrhagie chez la femme, 156.
Blépharite, 113.
Blessures de l'artère radiale, 145, 260; — crurale 27; — du rein, 425.
Boissons aqueuses, 125.
Boîte calorifère, 385.
Bosses hématiques, 307, 387.
Bubons syphilitiques, 70, 77, 194, 219, 229.
Boues thermales, 8.
Brachiale (aponévrose rétracté), 190.
Brûlures, bain froid, 305.
Bras arraché, 145, 305, — artificiel, 477.

C. — **Café**, 9, 222.
Cal difforme, résection, 62.
Calcanéum cancéreux, 303.
Canelle, huile, 413.
Cancer au sein, 20, 63, 309; — cutané, 140; — de la langue, 178, 416; — du voile du palais, 380; — au front, 60; — à la lèvre, 61, 373; — à la verge, 187, 387; — célibataire, 331; — à l'humérus, 188; — au calcanéum, 303; — en général, 174, 267, 428.
Cataracte, 388.
Catarrhe chronique, 119.

Cathétérisme, 439.
Caustique sulfurique, 340; — ophthalmique, 270;—de frère Côme, 224
Céphalotripsie, 158.
Chancres, 218.
Champignons vénimeux, 109.
Chirurgien (qualités du), 160.
Chorée, 57.
Choroïde, procidence, 102.
Chlorure d'or, 209, 358, 399, 478.
Ciguë, empoisonnement, 73.
Clavicule réséquée, 307; — fracturée, 21. 64, 141, 382,—extirpée, 462.
Col utérin ramolli, 380.
Collyres argentiques, 270.
Combustion spontanée, 19.
Commotion cérébrale, café, 222, 307.
Concrétions calcaires dans le nez, 177; — biliaires, 318.
Conduit auditif, corps étranger, 76.
Condylomes, 70, 291.
Congélation, 425.
Coït, mort, 137.
Conjonctive tannée par nit. d'arg., 270.
Constipation, opération, 422.
Contusions du périnée, 109; — de la poitrine, 267.
Cornée (abrasion de la), 117; — pannus, 158, — blessée, 465.
Corps étranger dans les bronches, 19; — dans le rectum, 219, 266.
Corps gras, 136.
Cosmétiques, 19.
Coude réséqué, 315.
Coups de feu à la cuisse, 346; — dans la bouche, 423.
Coxalgie, 462.
Coxarthrocace, 23, 62.
Crâne, tumeur érectile, 436; — fractures, 37, 296, 316, 452.
Cristallin, fonctions, 212.
Créosote, 250;—tumeurs érectiles, 370.
Cuir chevelu arraché, 30.
Cuivre, empoisonnement, 112, 478.
Cyclite, 159.

D. — **Dent** artificielle avalée, 196.
Dentaire, malad., 279; — poudre, 351.
Dermatoses, 324;—syphilitiques, 156.
Dextrine, 369.
Diabète sucré, 246.
Diarrhée chronique, 109.
Diète prolongée, 212.
Difformités, 215, 397.
Dissolvant de la pierre, 196.
Doigt rétracté, 68; — arraché, 381.

E. — **Eau** froide, 125, 245; — de Seine, 7; — des grands fleuves, 9, 206; dures, 126; — commune, 86; — stagnante, 166; — potable (épuration), 8; — thermalisation des eaux minérales, 365, 324; — d'Ems., 205; — de Manille, 5; — de la Bourboule, 167; — de l'Auvergne, 81; de Carlsbad, 85;—de Réné, 85;—de Luxeuil, 118; — de Vichy, 9, 37, 126; — de mer 281, 321, 361, 441; — des Pyrénées, 366; — de Challes, 401; — de Barèges, 404; — de Capbern, 405; — de Bagnères, 405; — martiale, 121, 161, 201, 241; —iodée, 8, 86, 401; —oxygénée, 245; —élément bitumineux des eaux, 286; — volcanique, 324, — aérée, 444 — de Cauteret, 444.
Ecchymoses palpébrales, 314, 296.
Ecrasement de l'urètre, 307; — du gros orteil, 341; — de la tête, 375.
Ectropion, 269, 313, 348, 183.
Efforts (action des), 150.
Eléphantiasis, 85, 106, 142, 227, 228.
Emphysème d'une paupière, 189.
Embaumements, 318, 331, 428.
Empoisonnement chronique, 155; — par le vert-de-gris, 112; — le sublimé corrosif, 152; — les cantharides, 195; — sulfate de fer, 154; — arsenic, 229, 232; — plomb, 233, 349; — strychnine, 112; — phosphore, 316;—huile d'amandes amères, 317, — acide oxalique, 348;—chaux, 350; —opium, 392; — nitrate de potasse. 392.
Entéro-péritonite, 118.
Epaule, hydropisie, 454.
Epilepsie, 76.
Epilatoire dans la teigne, 196.
Erectiles, tumeurs, 65, 100, 104, 144, 279, 370, 423, 456.
Erysipèle. 300, 374, 425; — phlegmoneux, 25; — gangreneux, 27; — chez les enfant, 237.
Evacuations s. périorbitaires, 314.
Excision de la lèvre vulvaire, 182; — des paupières, 190.
Excroissance urétrale, 102, 113.
Extension continue, coxalgie, 62.
Extrophie vésicale, 183.

F. — **Face**, opérations sanglantes, 313; — paralysies, 370, 452.
Fémur, fractures, 220.
Femme enceinte, diète, 212.
Fistules urinaires, 29; — à l'anus, 76, 279; — gros orteil, 66; — vulvo-rectale, 108; — pénienne, 108, 340; — testiculaire, 308; — périnéale, 148. — des joues, 460.
Fissure à l'anus, 62, 66, 256.
Flexion permanente de l'avant-bras 59.
Fongus au genou, 226, des tendons, 457.
Fractures en général, 174, 192, 266, 315, 346; — du crâne, 37, 296, 316; — de la clavicule, 21, 64, 141, 382; — du col du fémur, 220; — de la rotule, 105, 260, 341, 387; — de l'avant-bras, 228; vertèbres, 423, 414; jambe, 21, 23, 60; — non réunies, 345, 374,— du rocher, 452, — du col col de l'humérus, 461.
Fromages vénimeux, 31.
Front, cancer, 60.

G. — **Gale**, 212, 339, 463.
Ganglions lymphatiques (extirpation des), 29, 463.
Gangrène du scrotum, 27, 343, 417; — par congélation, 425.
Gaz intestinaux, 295.
Gélatine alimentaire, 78.
Genou, fongus, 226; — hygroma, 380; — ankylose, 106.
Glotte (spasme de la), 395.
Goître, 237, 415.
Goutte, 116, 352, 369, 415.
Granulations palpébrales, 268, 347.
Greffements autoplastiques, 477.
Grenouillette, 107.
Grossesse, diète prolongée, 212.

H. — **Haleine** fétide, 370.
Hématurie, 194.
Hématologie 17.
Hématiques (bosses), 307, 387.
Hémiopsie, 183.
Hémorrhagie utérine, 30, 76, 379, 106
Hémorrhoïdes, 74, 101, 192.
Hernies ombilicales, 147, 236, 419; — du cerveau, 196; — étranglée, 34, 108, 175, 258, 267; — très volumineuse, 179; — guérison radicale, 104, 149, 454.
Huile de canelle, 413; — de foie de morue, 15; — de croton, 352
Humérus, col réséqué, 22, — fracture col, 461.
Hydatiques, tumeurs, 225, 254.
Hygiène des appartements, 295.
Hygroma du genou, 380.
Hydartkrose, 144, 183.
Hydrencéphalocèle, 305.
Hydrocèle testiculaire, 20, 24, 61, 140, 345; — par injection, 30, 376, 422, 450.
Hydrocéphalo, 75.
Hydropisie ascite, 69, 352; — de l'ovaire, 182; du tendon du jambier, 186, 344, — de l'épaule, 454.
Hydrophobie, 57.
Hydrophtbalmie vitrée, 313.
Hypertrophie du foie, 31; — de la prostate, 222; — de la paupière, 227; — du clitoris, 223, 266; — du col utérin, 304; — des amygdales, 305; —du tissu cellulaire de l'aisselle, 345, des mammelles, 457.
Hypohema oculaire, 105.
Hypopion, 269.

I. — **Ictère**, pouls, 316.
Impuissance de la vessie, 377.
Incontinence des matières fécales, 27.
Induration du tissu sous-palpébral, 429.
Infection purulente, 23.
Infiltrations urin., 463.
Inflammation des symphyses du bassin, 36, — inflammatoires (malad.), 406.
Injections arsénicales (danger des), 432.
Iodure de potassium, 140, 325.
Iritis, 464, 465.
Irrigateur nouveau, 101, 195.
Irrigations d'eau froide, 252; — dans — l'œil, 77.
Ivresse, 365.

J. — **Jambe**, artificielle, 263; — amputation, 264, 267; — fractures, 20, 23, 60, 345.
Joues, fistules, 460.

K. — **Kératite**, 464.
Kystes mammaires, 233; — ovariques, 229; — laiteux, 221, 233; — de l'urètre, 222; — synovial, 190; — hydatiques, 225, 227, 435.

L. — **Lacrymale**, tumeur, 108, 389.
Lait de nourrice, 37.
Langue, tumeurs, 416, 178.
Lèpre, 396.
Lèvre vulvaire, excision, 182, 76.
Liniment arsénical, 31; — strychnine, 211.
Lipome, 35, 259, 343, 450.
Lithotritie, 311.
Localisation des poisons, 280.
Luxation du pouce, 75, 251; — du fémur, 315; de l'avant-bras, 346; — de l'œil, 346.
Lupus nasal, 309.
Lymphite, 227, 463.

M. — **Maladies** réputées vénériennes, 287.
Mâchoire immobile, 33, 64; — réséquée, 228, 462.
Maison mortuaire, 280; — de santé, 439; — d'aliénés, 360.

Main arrachée, 381; — lipome, 343.
Mercure dans le sang, 274.
Métatarsien, 103.
Métrite, 350; — chronique, 60.
Métrorrhagie, 379, 106, 30, 76.
Métro-pénitonite, 104.
Microphthalmie, 385, 426, 390.
Miotomie, 30, 397, 228.
Moignons (maladies des), 191.
Monnaies avalées, 102, 144, 228.
Montfaucon, 331.
Morsure de serpents, 271.
Mort pendant le coït, 137.
Morue (huile de foie de), 15.
Moxa camphorique, 424.
Mydriase traumatique, 104.
Myelite spinale, 398, 414.

N. — **Nécrose**, 181, 344.
Nerf facial (rupture du), 180, 452.
Névralgies, 108, 317.
Nez (abcès dans le), 378; — concrétions calcaires, 77.
Nymphomanie, 311.
Nitrate de potasse, empoisonnement, 392.
Noyer (extrait de), 448.

O. — **Obstétrique**, 75, 275.
Œdème, vulve, 76.
Œil (extirpation), 102, 429; — amputation, 268; — luxation, 346; — hypohéma, 105.
Onyxis, 427.
Orteil écrasé, 341.
Orthopédie, 353, 397.
Opération césarienne, 197; — sanglante à la figure, 315.
Opium, empoisonnement, 71.
Ophthalmies (traitement des), 31, 45.
Or (préparations d'), 358.
Orange, 96.
Orbite, saignées, 314.
Orchitis, 186, 217,
Oreille (coup d'arme à feu dans l'), 185; — corps étrangers, 76; — tintement, 450.
Orteils rétractés, 107, 384.
Ostéite chronique, 24.
Os métarsien, ablation, 113.
Otorrhée, 151.
Otite suppurante, 226.
Ozène, 66, 317.

P. — **Palais** (perforation du), 31, 379.
Pannus de la cornée, 158.
Pansement des plaies, 254.
Paralysie de la face, 370, 450.
Paraphymosis, 227.
Paraplegie, 28, 438.
Parturition, méd. légale, 37.
Paupières excisées, 224, 190; — ecchymoses, 296, 314; — emphysème, 189; — granulations, 268, 347; — hypertrophie, 237; — induration, 427; — cancéreuses, 58, 106, 224; — adhérences, 66; — inflammations, 113.
Perforation du palais, 31, 379.
Péricardite, 393.
Périostales, tumeurs, 66.
Pessaire enclavé, 151.
Phalange nécrosée, 61.
Phimosis, 387.
Phlegmon par inoculation, 70; — testiculaire, 383; orbitaire, 108, 429.
Phosphore normal, 331.
Photophobie, 319.
Pied-bot, 23, 103. 383.
Pied-plat, 23.
Pierre, dissolvant, 196.
Plaies à la tête, 213; — à la plante du pied, 315; — à la poitrine, 426.
Poils (chute et reproduction des), 168.
Poisons (classification des), 160.
Poitrine, plaie pénét. 426; — contusions, 267.
Polype des fosses nasales, 338; — utérin, 65, 420, 458.
Pommades périorbitaires, 315; — hydrargiro-ammoniacale, 424.
Ponctions sous-cutanées, 178; — de la vessie, 261, 319; — de l'utérus, 381, 463.
Pouce, luxation, 75, 251.
Poudre dentifrice, 351.
Pourriture d'hôpital, 176.
Pouls veineux, 357; — dans l'ictère, 316.
Poussière, poumon, 412.
Prépuce, hypertrophie, 222.
Préparations aurifères, 358.
Procidence utérine, 30.
Prolapsus du rectum, 151.
Priapisme, 414.
Pupille rétrécie, 46.
Prix académiques, 398.
Pseudarthrose, 371.
Pupille artificielle, 348.
Purgatifs, 18.

Q. — **Quinine**, 74, 118, 406, 476.

R. — **Rein**, blessure, 425.
Ramollissement du col utérin, 380.
Rectum, incontinence, 27; — prolapsus, 151; — corps étrangers, 219; — rétréci, 229; végétations syphilitiques, 225.
Renversement de l'utérus, 115, 229, 279.
Remèdes stimulants, 78.
Résection du tibia, 22; — du col de l'humérus, 22; — de la mâchoire, 228; — de la clavicule, 307; — du coude, 315.
Rétine, 19.
Rétraction des orteils, 107, 384; — d'un doigt, 68; — de l'aponévrose brachiale, 190.
Rétrécissement du rectum, 229; — du vagin, 351, — de l'urètre, 108, 299.
Rhinoplastie, 228.
Rotule, fractures, 105, 260, 341, 387.
Rocher (fracture du), 452.
Rhumatisme, 476.

S. — **Saignée** périorbitaire, 314; — en cas de fracture, 370; — accidents de la, 331.
Saignement, oreille, 452.
Sarcocèle, 342, 426.
Scrofule, 119, 448.
Scrotum, gangène, 343, 417.
Seigle ergoté, 32, 50, 89.
Sein, tumeurs, 267; — cancer, 20, 63, 300.
Serpents, (morsure des), 271.
Sinapismes, 56.
Spasme de la glotte, 395.
Spina bifida, 33, 207; — ventosa de l'humérus, 188.
Sphygmique, 173, 370, 413.
Staphylome, 339, 465.
Staphyloraphie, 23.
Stimulants (remèdes), 78.
Statistique toxicologique, 432.
Strabisme, 149.
Strychnine, 112, 211.
Sublimé corrosif (empoisonnement), 152.
Sucre, 77.
Suicides, 256.
Sulfurique, acide, 431.
Sulfate de quinine, 74, 118, 476.
Soufre, vapeurs, 317, 313.
Sources volcaniques, 324.
Surdité, 71, 346, 439.
Suture chirurgicale, 386.
Symphises pelviennes, inflamm., 36.
Syphilis chez les enfants, 70; — congénitale, 157; — secondaire, 200, 212, 25; — en général, 194; — primitive, 217, 218, 219; — à la gorge, 237; — secondaire, 257, 302; — oculaire, 270; — générale, 331; — anale, 339; — anomale, 339, 384, 387, 396, 430, 434, 435, 444.
T. — **Tendons**, hydropisie, 219.
Taille périnéale, 180; — hypogastrique, 359.
Tarantisme, 432.
Tænia, 331.
Teigne, 196.
Testicules, tuberculeux, 332; — descente tardive, 375.
Ténotomie, 30, 228, 385, 426, 389.
Teintures alcooliques, 277.
Thermalisation, 324, 365.
Tête écrasée par serre-tête, 375; — plaie, 213.
Tibia réséqué, 22.
Toxicologie (v. empoisonnement.) générale, 79.
Tumeurs blanches, 23, 61, 177, 220, 308; — érectiles, 65, 100, 104, 144, 279, 370, 423, 436; — du sein, 767; — lacrymale, 108, 389; — de la langue, 416; — périostale, 66; — hydatique, 225, 254.
Tintement d'oreille, 450.

U. — **Ulcères** scorbutiques, 78; — syphilitiques, 218; — chroniques, 105, 144, 263.
Urètre, excroissances, 102, 113; — écrasement, 307; — rétrécissement, 108, 299.
Urètroplastie, 67, 69, 264.
Utérus, extirpation, 385; — ponction, 387; — procidence, 30; — renversement, 115, 229, 279; — blennorrhagie, 30, 76; — ramollissement, 380.
Urinaires (maladie des voies), 191.

V. — **Voile** du palais cancéreux, 380.
Vaccine, 318.
Vagin rétréci, 351.
Valérianate de zinc, 172, 450.
Vapeurs de soufre, 317, 313.
Varicocèle, 113, 194, 351.
Varice anévrismale, 193.
Végétations syphilitiques, 225.
Verge (cancer à la) 187, 387.
Vertèbres, fractures, 414, 423.
Vert-de-gris (v. empoisonnement).
Vessie, impuissance, 377.
Vinaigre, métrorrhagie, 106, 379.
Vichy, 9, 37, 38, 126.
Vin aromatique, 294; — mousseux, 126.
Verre introduit dans le rectum, 219, 266.
Voies urinaires (maladie des), 191.

Y. — **Yeux** (maladies des), 144, 214.

Z. — **Zinc** valérianate, 172, 450.

Paris. — Imprimerie de Lacour et comp. rue Saint-Hyacinthe-Saint-Michel, 33.